

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1973 — N°

L'ECHINOCOCCOSE SPLENIQUE

(A PROPOS DE 21 CAS)

T H E S E

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le Février 1973

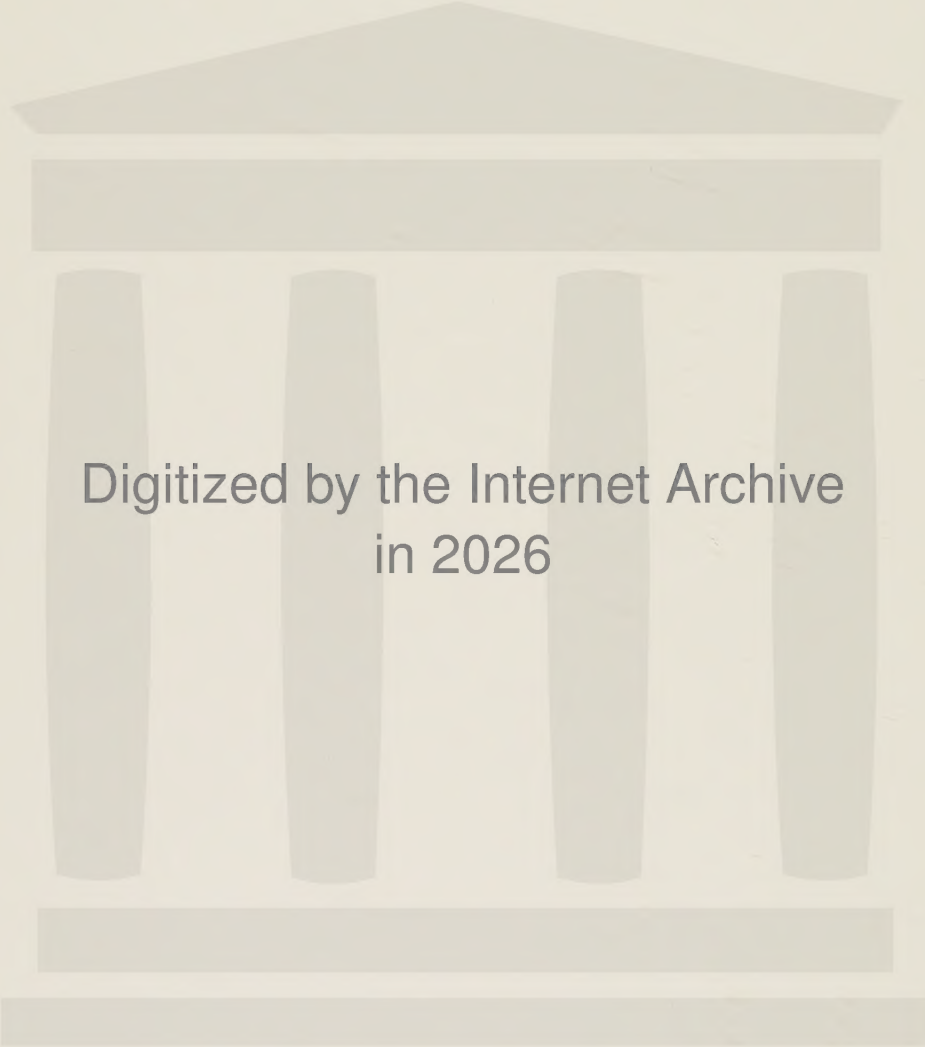
par

HALLOUCHE Abdelhamid

né le 18 Novembre 1942 à SEBDOU (Tlemcen)

Membres du Jury

MM. B. MENTOURI :	Professeur de Chirurgie générale..	} PRESIDENT
P. ROCHE	Professeur de Chirurgie générale..	
M. ABOULOLA :	Professeur de Chirurgie infantile..	} JUGES
G. DJILLALI :	Maître de Conférences Agrégé de Chirurgie générale.	



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548217_0012

L'ECHINOCOCCOSE SPLENIQUE

(A PROPOS DE 21 CAS)

T H E S E

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le Février 1973

par

HALLOUCHE Abdelhamid

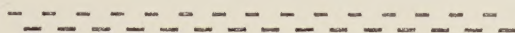
né le 18 Novembre 1942 à SEBDOU (Tlemcen)

Membres du Jury

MM. B. MENTOURI :	Professeur de Chirurgie générale..	} PRESIDENT
P. ROCHE	Professeur de Chirurgie générale..	
M. ABOULOLA :	Professeur de Chirurgie infantile..	} JUGES
G. DJILLALI :	Maître de Conférences Agrégé de Chirurgie générale.	



SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette faculté,
de mes chers condisciples et selon la tradition d'HIPPOCRATE,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de
la probité dans l'exercice de la Médecine .

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent
et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail .
Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas
ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront
confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni
à favoriser le crime .

Respectueux et reconnaissant envers mes
Maîtres, je rendrai à leurs enfant l'instruction que j'ai reçue
de leurs pères .

Que les hommes m'accordent leur estime si
je suis fidèle à mes promesses . Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères si j'y manque .

JE DEDIE CETTE THESE

A ma mère

A mon père

- Ils m'ont encouragé, durant toutes
mes études .

- Ils ont fait preuve de beaucoup de
patience et de sacrifices .

Humble témoignage, de ma gratitude et de mon
affection .

A mes frères et soeurs

A tous les miens

A tous ceux qui me sont chers

- En témoignage de ma profonde
affection .

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Docteur Bachir MENTOURI
Professeur de Chirurgie Générale

Qui nous a accueilli avec bienveillance dans son service, et nous a fait l'honneur de nous confier le sujet de ce travail .

Nous avons pu trouver en lui, un homme de sciences aux qualités humaines exceptionnelles, que tout le monde lui reconnaît .

Après de lui, nous avons été, à l'école de la clarté et de la rigueur scientifique .

Il nous fait aujourd'hui l'insigne honneur, de présider, le jury de cette thèse .

Qu'il veuille bien trouver ici, un faible témoignage, de notre gratitude, notre respect, et de notre profonde admiration .

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur Pierre ROCHE
Professeur de Chirurgie Générale

Qui nous a toujours reçu avec amabilité . Nous avons
été impressionnés, par son erudition scientifique .

Nous nous souviendrons toujours, de la richesse, la
clarté et la rigueur de son enseignement, tant à la
faculté, qu'au lit du malade .

Il nous fait aujourd'hui l'honneur de juger notre travail .

Qu'il veuille bien trouver ici, l'expression de notre vive
reconnaissance, et de notre grand dévouement .

A Monsieur le Docteur Mohammed ABCULCLA
Professeur de Chirurgie Infantile

Qui nous a accueilli avec bienveillance dans son service,
et qui a toujours fait preuve de beaucoup de compréhension
à notre égard .

Nous avons été marqués par ses qualités humaines et
scientifiques .

Son exemple est à lui seul ; un véritable enseignement
de la volonté et du dévouement .

Nous le remercions très vivement, et très respectueusement,
d'avoir accepté de juger notre travail .

A Monsieur le Docteur Ghahib DJILLALI
Maitre de conférences agrégé de chirurgie générale

Nous avons eu, le privilège de travailler à vos côtés, et nous vous remercions de la bienveillance, et de la sympathie, que vous avez toujours manifestées à notre égard .

L'étendue de vos connaissances scientifiques, la clarté et la rigueur de vos jugements, votre dynamisme et votre efficacité dans le travail, ont toujours suscité notre admiration .

Vous nous faites aujourd'hui l'honneur de juger notre travail .

Veuillez trouver ici, le témoignage, de notre vive reconnaissance, et de notre respectueux attachement .

A LA MEMOIRE de mon TRÈS CHER AMI

le Docteur BRAHIM OTSMANE Ghomrassane

- Par ses qualités humaines exceptionnelles
- Par son humilité, son dévouement constant
auprès des malades, il a su conquérir
l'amitié de tous ceux qui l'ont connu .
- Il a été, et restera le meilleur exemple
pour nous .

A Monsieur le Docteur Abdelkrim SALEM
Maître Assistant des Hôpitaux

Qui nous a encouragé, et guidé tout au long de ce travail .

Il ne nous a ménagé, ni son temps, ni ses précieux conseils .

Nous le remercions infiniment pour la part active, qu'il a prise dans l'élaboration de ce travail, qui est empreint de son sceau .

Qu'il veuille bien trouver ici, un témoignage, de notre indéfectible attachement, pour l'amitié qu'il nous a toujours manifestée .

==:ooo000ooo==:

A Monsieur le Docteur Messaoud ZITCUNI
Maître Assistant des Hôpitaux

Pour les sentiments amicaux, qu'il n'a cessé de manifester à notre égard, et en témoignage de reconnaissance, pour les encouragements et les conseils qu'il nous a donnés .

Qu'il soit assuré de notre sincère amitié .

A TOUS NOS MAITRES D'ECOLE

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

Et en particulier à

Messieurs les Professeurs

- DACUD

- MERADJI

- LEHTEHET

A Monsieur le Docteur BCUDLAF Abderrahmane .

En témoignage de notre respectueuse
reconnaissance, et de notre inablerable
dévouement .

- A TOUS MES AMIS

- A TOUS MES CAMARADES DE PROMOTION

- JE DEDIE CETTE THESE



A) Le parasite	32
B) Rapports du kyste avec les organes voisins	34
C) Les différentes localisations parasitaires	36
D) Association de l'Echinococcose splénique avec d'autres localisations parasitaires	42
E) Synthèse	46

CHAPITRE VI :

ETUDE CLINIQUE

A) Les circonstances de Découverte	48
B) Signes Cliniques suivant la localisation	50
C) Les Associations lésionnelles	55
D) Evolution et Complications	

CHAPITRE VII :

LES ELEMENTS DU DIAGNOSTIC

A) L'Intérêt de la radiologie	61
B) La Scintigraphie	65
C) La Biologie	66
D) Conclusion pratique	69

CHAPITRE VIII

LE TRAITEMENT

A) Les méthodes conservatrices	73
B) Les méthodes d'exérèse : LA SPLENECTOMIE	76
C) Les résultats	80

CHAPITRE IX

LES INDICATIONS

A) Hydatidose splénique isolée	84
B) Kystes compliqués	85
C) Associations parasitaires polyviscérales	86

CHAPITRE X

NOS OBSERVATIONS	89 à 128
------------------	----------

CHAPITRE XI

CONCLUSION	130
------------	-----

BIBLIOGRAPHIE

I à XV

$\overset{\circ}{i} \backslash \pi \mathcal{R}) \cap \mathcal{L} \subset \pi \overset{c}{i} \cap \backslash$

====oooooooooooooooo=====

La localisation splénique du Kyste Hydatique est rare et si elle vient au 3ème rang après le foie et le poulmon, c'est avec un pourcentage très bas .

Malgré cette rareté, l'hydatidose splénique en Algérie a fait l'objet de multiples travaux d'où émergent la monographie de SAEADINI (1935) et un mémoire de BOURGEON (1953) .

L'hydatidose splénique offre en effet de multiples pôles d'intérêt, notamment diagnostique et thérapeutique .

Des travaux antérieurs, deux notions ressortent : la fréquence des localisations spléniques uniques, et la prédilection des Traitements conservateurs .

De notre travail qui repose sur la revue de la littérature récente et l'analyse de 21 cas traités entre Juillet 1963 et Juillet 1972 au C.H.U. de Mustapha dans le service de notre Maître le Professeur B.MENTOURI. Il ressort que :

L'hydatidose splénique est fréquemment multiple ; elle s'intègre dans le cadre de l'hydatidose polyviscérale (16 cas / 21) . Et pose donc des problèmes diagnostiques et thérapeutiques .

Nous envisageons le diagnostic de l'hydatidose splénique à la lumière des données modernes en particulier radiologiques .

Sur le plan thérapeutique, si les progrès modernes en anesthésie-réanimation ont permis de réaliser dans tous les cas une splénectomie, thérapeutique radicale prônée par tous les auteurs actuels, notre propos est de juger de la valeur de cette méthode thérapeutique et surtout d'envisager sa place dans le cadre de l'hydatidose polyviscérale .

I E A P I T R E - I -

:::oooCoo:::

I-I I S T O R I Q U E

:::oooCoo:::

L'histoire de l'hydatidose splénique, est en grande partie mêlée à celle de l'hydatidose en général, et celle du foie en particulier .

Si la maladie hydatique est connue depuis la plus haute antiquité, sa connaissance scientifique ne date qu'à peine d'un siècle .

La première phase dans la connaissance de cette maladie a été parasitologique, et parmi les travaux les plus importants, consacrés à la question, citons ceux de : BREMER (1821) - VON SIEBOLD (1853) - LEUCKAT & HEUBNER (1862) , qui montrèrent l'origine parasitaire de la maladie, et établirent le cycle évolutif complet du *Taenia Echinococcus* avec son hôte définitif : Le chien, et ses hôtes intermédiaires, mouton et homme accidentellement .

La seconde phase a été essentiellement clinique, et pour l'hydatidose splénique, le point a été fait par DIEULAFOY en 1899 et surtout par TRINCKLER en 1894 qui, colligeant 70 cas, décrit le signe qui porte son nom .

La phase chirurgicale de l'hydatidose splénique a été ouverte en 1889 par les publications de BROCCA .

Depuis, on assista à une querelle entre partisans de la splénectomie et partisans du traitement conservateur : préconisant marsupialisation ou réduction sans drainage . Cependant, le travail de SABADINI en 1935, reposant sur 300 cas, colligés dans la littérature, et reflétant l'opinion généralement admise à l'époque, montre que la tendance était pour le traitement conservateur .

Quant au traitement médical, c'est peut être une thérapeutique d'avenir, mais actuellement, il n'y a eu que des tentatives sans lendemain, parmi lesquelles nous citerons celle de THIODET (1955) .

Pour le moment, le traitement de l'hydatidose en général et de l'hydatidose splénique en particulier, est essentiellement chirurgical .

Les travaux de DEVE ont largement dominé les différentes phases de l'évolution, dans la connaissance de la maladie hydatique, et sa pensée est résumée dans ses livres parus en 1946 .

Actuellement, des progrès immenses ont été faits dans le diagnostic de la maladie hydatique .

L'antigène qui est à la base de la réaction dite de GASONI (1912) a été purifiée et aujourd'hui, on peut réaliser des réactions d'immunofluorescence .

Grace aux progrès faits ces dernières années, en radiologie et surtout à la généralisation de l'artériographie sélective, on peut affirmer la localisation splénique de l'affection et sa nature hydatique .

Enfin, les progrès de l'anesthésie-réanimation permettent de réaliser des interventions complexes avec une très grande sécurité .

La Splénectomie, tant critiquée naguère, devient une modalité thérapeutique quasi sans risques et actuellement, la tendance chirurgicale est à la splénectomie .

RECUME DES ABBREVIATIONS UTILISEES

::::oooOoOooo::~:

- ACE : Arrière cavité des épiploons
- AEP : Abdomen sans préparation
- CSD : Cul de sac de Douglas
- ES : Echinococcose splénique
- FIG : Fosse iliaque gauche
- FID : Fosse iliaque droite
- HG : Hypochondre gauche
- KH : Kyste hydatique
- KHR : Kyste hydatique de la Rate
- KHF : Kyste Hydatique du Foie
- LE : Lavement Earyté
- TGD : Transit Gastro Duodenal
- UIV : Urographie intra-veineuse

II H A P I T R E - II -
:==:==:==:oooCCooo:==:==:

II R E Q U E N C E
:==:==:ooooo0oooo:==:==:

La fréquence de la localisation splénique de l'hydatidose est relativement faible, même en terre hydatique .

En effet il est intéressant de souligner qu'en 9 ans (de 1963 à 1972) nous n'en avons observé que 21 cas, alors qu'il fut noté 376 KHF . Et si selon les grandes statistiques la localisation splénique vient au 3ème rang ; ce n'est que très loin après le foie et le poulmon .

Cette relative rareté, est soulignée d'ailleurs par de nombreux auteurs (voir tableau I et I bis) .

Pour KOURIAS elle est de	1,9 %
" D E V E " " "	2,7 %

Cependant les chiffres plus récents, font état d'une proportion plus importante .

- SENEVET - WITAS	4 %
- MIRIZZI	8 %
- BOURGEON	16 cas pour 195 KHF

0

0

0

La majorité de nos, malades, sont originaires des Hauts Plateaux, zones d'endémie hydatique, connus depuis longtemps (TITTERI, SETIF, TLARET) . Ceux sont des régions d'élevage, où les contacts avec les animaux domestiques sont plus faciles et plus directs, de plus ceux sont des régions aux moyens de prophylaxie souvent rudimentaires .

FREQUENCE DE L'HYDATIDOSE SPLENIQUE PAR RAPPORT A
L'HYDATIDOSE EN GENERAL

D E V E	2,7 %
VEGAS-GRANWELL	3,7 %
K O U R I A S	1,9 %
SENEVET-WITAS	4 %
KOCACGLU	2,6 %
GURKAN	8 %

TAELEAU I

FREQUENCE DE L'HYDATIDOSE SPLENIQUE PAR RAPPORT A
L'HYDATIDOSE HEPATIQUE

	R A T E	F C I E
K O U R I A S	36	1035
E C U R G E O N	16	195
S E R I E P R E S E N T E	21	276

TABLEAU I BIS

II C H A P . I T R E - III -

==:==:==:==:ooo00ooo:==:==:==:==

II(APPEL II PARASITOLOGIQUE

:==:==:==:ooo00ooo:==:==:==:

- I°) LE PARASITE
- II°) LE CYCLE EPIDEMIOLOGIQUE
- III°) EVOLUTION DU PARASITE DANS L'HOTE INTERMEDIAIRE

On distingue sous le nom de kyste hydatique, une production parasitaire enkystée, représentant la phase vésiculaire d'un cestode, le *tenia echinococcus*, qui dans sa forme rubannée, a pour habitat, l'intestin du chien "NICAISE" .

1°) LE PARASITE

- *Echinococcus granulosus* est un petit helminthe plat appartenant à la famille des taenias . Il mesure de 2 à 6 mm de longueur, en moyenne 5 mm . Il est constitué par une tête dite scolex, armée de deux couronnes de crochets et 4 ventouses, et par trois segments, dont le dernier représente le segment gravidé contenant les oeufs mûrs (400 à 800 oeufs) . Comme tous les taenias il est hermaphrodite . L'Helminthe vit dans l'intestin grêle du chien et chez certains canidés sauvages (loups et quelques espèces de chacals) sans provoquer de troubles évidents à son hôte .

Lorsque les oeufs sont mûrs, le segment gravidé se détache du reste du corps du parasite et est entraîné avec les selles du chien, dans le milieu externe . Si l'on considère que le parasite peut vivre pendant plusieurs mois chez le chien, et que ce dernier peut héberger des dizaines de millions de ces petits taenias, on peut comprendre quelles énormes quantités d'oeufs sont déposés chaque jour par un chien dans le milieu ambiant .

2°) LE CYCLE EPIDEMIOLOGIQUE

L'oeuf contenu dans les selles du chien d'un diamètre de 0,035 mm est l'élément infectant capable de contaminer le terrain, les herbes de pâturages, les récoltes superficielles d'eau . La pluie, le vent désintégrant les selles et transportant les éléments à distance, agrandissent le rayon de contamination .

s'infectent en mangeant les herbes et en buvant l'eau contaminée, ou en avalant directement par coprophagie les selles du chien . La coprophagie est un phénomène commun au porc, mais elle est fréquente, plus qu'on ne le croit aussi, chez les herbivores comme le dromadaire, le mouton et le boeuf .

L'homme se contamine différemment des herbivores puisque le chien salit souvent ses pattes, son museau, sa langue et son pelage avec ses selles . Les oeufs du parasite pourront contaminer directement l'homme, soit qu'on joue avec le chien, soit qu'on le caresse, ou simplement qu'il vous lèche les mains . D'autres fois, les pattes salies du chien, ainsi que les souliers de celui qui a marché involontairement sur les excréments du chien, ou sur le sol contaminé par ceux ci porteront les oeufs dans le milieu domestique, en contaminant secondairement les enfants qui jouent par terre, ou les bébés qui se trainent à quatre pattes sur le sol de la maison .

L'eau contaminée peut représenter la source de contagie humain, qu'elle soit utilisée pour laver les légumes ou pour les arroser .

Jusqu'à il y a peu de temps, on était plus orienté à considérer comme source principale de la maladie pour l'homme, le contagie direct avec le chien, aujourd'hui on donne plus de valeur au contagie indirect avec les légumes contaminés . Dans une enquête faite récemment en Italie , sur 1.000 sujets opérés pour kystes hydatiques, on a pu démontrer l'absence de rapport direct avec le chien dans 90 % des cas .

Tandis que l'homme et les autres mammifères réceptifs se contaminent avec les oeufs du parasite, le chien, se contamine de son côté en mangeant des abats crus d'animaux avec les kystes hydatiques .

3°) EVOLUTION DU PARASITE DANS L'HÔTE INTERMEDIAIRE

Le développement de l'embryon pourra suivre son cours seulement dans un hôte intermédiaire favorable, mouton, boeuf, porc et l'homme .

Après Deve, et selon l'opinion généralement admise; chez l'homme, l'oeuf ingéré rejoint l'estomac puis le duodénum. Dans ce milieu, il éclo, libérant une petite larve (20 à 25 microns) dite larve hexacanthé . La larve à l'aide de ses crochets, traverse la paroi de l'intestin et rejoint la circulation portale . Plusieurs larves s'arrêtent au foie et y poursuivent leur développement, d'autres continueront leur chemin, entraînées passivement par le courant sanguin du coeur droit, ensuite au poumon . Si les larves réussissent à passer la barrière pulmonaire, elles seront lancées par le coeur gauche dans la grande circulation et pourront rejoindre n'importe quel autre tissu ou organe, notamment, la rate .

Statistiquement chez l'homme, les siéges d'élection sont, le foie puis le poumon, la rate venant en troisième position .

La larve, arrivée à son milieu de fixation, commence son développement caractéristique qui aboutira à la formation du kyste hydatique .

II CHAPITRE - IV -

====cc000ccc==:

II) PATHOGENIE PHYSIOPATHOLOGIE

====cc000ccc==:

I°) PATHOGENIE

- 1 - LES ECHINOCOCCOSES INTRA - SPLENIQUES
- 2 - LES ECHINOCOCCOSES PERISPLENIQUES

II°) PHYSIOPATHOLOGIE

- 1 - LA LOCALISATION INTRA - SPLENIQUE
- 2 - L'ECHINOCOCCOSE PERISPLENIQUE

1°) PATHOGENIE

.- Les mécanismes pathogéniques et physiopathologiques de l'échinococcose splénique (ES), ont été très bien étudiés, par ECURGEON et COLL, et nous nous référerons à leurs travaux .

.- Selon les grandes statistiques, la localisation splénique des kystes hydatiques, vient au 3ème rang, très loin après le foie et le poulmon . Cette fréquence relativement faible, peut être explicable, puisque l'embryon hexacanthé, doit traverser le filtre hépatique et pulmonaire, avant d'atteindre la rate .

.- Pour ECURGEON, l'Echinococcose de la loge splénique comporte :

1°) L'étude des kystes hydatiques dans la rate :

2°) Les infestations de la loge splénique :

.- Soit par rupture externe d'un kyste hydatique de la rate

.- Soit par ensemencement autre que celui de la rate :

- Rupture d'un kyste de voisinage, kyste hydatique du lobe gauche du foie par exemple . Dans le parenchyme sous capsulaire, la rate pouvant être indemne .

.- Dans notre étude sur l'échinococcose splénique, il y a toujours eu infestation intra - splénique, avec parfois, association à un ensemencement péricapsulaire .

- L'embryon hexacante, ayant pu franchir les barrières hépatiques et pulmonaires peut se localiser par l'intermédiaire de la circulation générale, dans n'importe quel tissu ou organe, notamment la rate .

- Pour BOURGEON, le fait très important c'est qu'après infestation primitive par voie artérielle (selon la théorie de DEVE), il résulte un kyste unique .

Ce kyste unique, au cours de son développement peut se compliquer, notamment en se fissurant entraînant alors, "L'Echinococcose secondaire locale", pouvant se traduire, par l'apparition de kystes multiples .

2°) Dans les Echinococcoses périsspléniques :

- Le mécanisme d'infestation est dû à un ensemencement péritoneal, secondaire à la fissuration ou la rupture, d'un kyste hydatique quelconque, en particulier hépatique ou splénique .

Les rapports de contiguité du lobe gauche du foie notamment explique la contamination de la loge splénique .

II°) PHYSIOPATHOLOGIE

- Du point de vue physiopathologique, BOURGEON, distingue 2 cas :

1°) La localisation intra-splénique

- L'embryon hexacante, embolisé, à l'**extrémité** du dispositif capillaire, refoule et comprime le parenchyme splénique .

Cette expansion de la "Boule d'Eau" sous tension du kyste hydatique, écrase en effet progressivement les vaisseaux segmentaires à la manière d'une ligature progressive . C'est là "La Clef des Phénomènes kystiques péri-kystiques et péricapsulaires". Ces phénomènes de compression entraînent une atrophie scléreuse, à l'origine de la "Splénite chronique" .

- Le fait le plus original de cette évolution, qui a été bien souligné par EOURGEON, est en rapport avec la structure vasculaire de la rate . En effet, la distribution artérielle, s'y fait selon un caractère strictement terminal, et a été bien étudié par NGUYEN-HUU . Elle se fait à partir des branches de bifurcation en T ou en Y de l'artère splénique . Des rameaux horizontaux au nombre de 2 à 4 étagés en barreaux d'échelle dirigés en dehors, se divisent chacun dès leur pénétration dans le parenchyme, en 2 groupes de branches terminales l'une pour le 3/4 antérieurs de la rate, l'autre pour le 1/4 postérieur .

-Ce dispositif vasculaire, explique les différentes variétés de localisations, et la fragilité du parenchyme splénique en cas d'agression représentée par le développement de la masse kystique .

2°) L'Echinococcose péricapsulaire :

- Elle est dû à la rupture d'un kyste de voisinage. Du liquide fertile se collecte alors dans la loge splénique. Il en résulte la formation de kystes généralement multiples, qui compriment progressivement le parenchyme splénique, et finissent par l'altérer . Dans ce cas, cette atteinte du parenchyme est due à la compression extrinsèque .

- A ces lésions compressives de la rate, s'associent de multiples adhérences, bloquant la région splénique .

EN RESUME

- Le kyste hydatique peut donc léser la rate par 2 mécanismes différents :

- L'un par compression intra-splénique
- L'autre par compression périssplénique .

- Dans ce cas ; cette atteinte peut intéresser aussi bien le parenchyme, que les vaisseaux extra ou intra-splénique ; entraînant alors 2 kystes de lésions anatomiques .

- Dans la rate, l'accroissement du kyste entraîne une nécrose du parenchyme splénique à cause de son type de vascularisation terminale .

- Hors de la rate, les adhérences, fixent cet organe, aux viscères voisins, imprimant un caractère spécial aux accidents de rupture .

L'ensemencement de la loge splénique, aggrave l'état local .

/// K A P I T R E - V -

:::ooo000ooo:::~::~:

// ANATOMIE // PATHOLOGIQUE

:::ooo0000ooo::~:~::~:

- I°) LE PARASITE OU HYDATIDE
- II°) LA PAROI DU KYSTE OU ADVENTICE
- III°) RAPPORTS DU KYSTE AVEC LES ORGANES VOISINS
- IV°) LES DIFFERENTES LOCALISATIONS PARASITAIRES
- V°) ASSOCIATION DE L'ECHINOCOCCOSE SPLENIQUE
AVEC D'AUTRES LOCALISATIONS PARASITAIRES
- VI°) SYNTHESE

"Tout kyste hydatique présente deux parties à considérer : le parasite échinococcique vésiculeux et le kyste adventice qui l'encapsule" (Devé) .

1°) Le parasite ou hydatide comprend :

A) - Une paroi : constituée de deux membranes .

a) La membrane enkystée cuticulaire :

Normalement "Elanche, molle et élastique" formée de lamelles concentriques, douées d'une certaine élasticité qui permet la distention en cas de poussée du liquide hydatique .

b) La membrane proligère ou germinative :

- très mince, tapissant la face interne de la cuticule . Ces deux membranes formant la membrane mère .

- Cette membrane proligère, forme des prolongements dans la lumière du kyste, à partir desquelles s'individualisent les vésicules proligères .

E) - Un contenu :

a) Les vésicules proligères :

- très petites (250 à 500 microns) creuses renferment les scolex ou têtes de taenia invaginées qui ultérieurement donneront naissance chacune à un taenia . (Phénomène de polyembryonie) .

- ou eau de Roche emplissant la lumière du kyste (il est utilisé pour l'IDR de Casoni) .

c) Le sable hydatique :

- représente le culot de décantation des kystes . Il est très riche en scolex (1 cm³ contient environ 400.000 scolex) .

d) Hydatides filles :

- à partir de scolex, peuvent se constituer des hydatides filles reproduisant la même structure que l'hydatide mère . Elles peuvent être endogènes ou exogènes . Par extension centrifuge, les hydatides filles exogènes peuvent être expulsées à l'extérieur du kyste et se répandront dans l'organisme, ce qui constitue un grave danger :

l'Echinococcose secondaire .

II) - La paroi du kyste ou adventice

- Elle provient de la réaction scléreuse de l'organe infesté . Elle se continue, avec le parenchyme de l'organe sans plan de clivage .

- Ce mode de formation du périkyte, ainsi que les lésions histologiques, qui lui ont donné naissance, ont été bien étudiées et décrites par BOURGEOIS .

- Ce périkyte, constitué de tissu fibreux, est formé de cordons de bilroth sclérosés, et des travées de la charpente splénique . Mince au début, il s'épaissit peu à peu présentant alors une structure lamelleuse, et ce, par incorporation .

progressive, des éléments de la trame et du parenchyme splénique .

- A mesure que l'on s'éloigne de la coque kystique apparaissent des zones de nécrose, où le parenchyme splénique n'est plus identifiable .

- Le tissu splénique sous-jacent au kyste, présente des signes de "Splénite chronique" avec rarefaction de la pulpe blanche, réduite à quelques amas lymphoïdes . Il y a atrophie, des cordons de Eilroth, qui sont formés uniquement de cellules réticulaires et ne contiennent pas d'éléments libres . Les sinus béants ne renferment que de rares hématies et des cellules endothéliales desquamées .

- Ces processus d'atrophie, accompagnés de zones de nécrose engendrent des réactions inflammatoires qui se traduisent au niveau de la capsule par de la périssplénite, c'est à dire des adhérences, qui fixent la rate aux organes voisins .

III) - Rapports du kyste avec les organes voisins

- Ce qui caractérise, l'hydatidose splénique, c'est la fréquence, et l'importance des adhérences . Elles sont véritablement la règle . Tout les auteurs insistent sur ce point .

- Parfois, ces adhérences ne portent que sur un seul organe : estomac, angle colique gauche, diaphragme .

- Le plus souvent, les connexions sont plus étendues . Le kyste adhère à la fois, au diaphragme, à l'estomac au colon, à l'épiploon, à la paroi, en somme à tous les éléments de la loge splénique .



Photo N° 1
oOo

OBS : N° 1

L... Safia

-- 36 ans --

Pièce Opératoire : Kystes Hydatiques multiples de la rate.

- Exceptionnellement, le développement de la tumeur kystique est tel, qu'il fut décrit des adhérences avec la vessie, voire le rectum.

- L'infection aggrave l'état local.

IV) - Nombre des localisations parasitaires :

- Le nombre de kystes, siégeant dans la rate, a fait autrefois l'objet de nombreuses controverses.

- En fait, si les statistiques anciennes rapportées par SABADINI et KOURIAC accordaient, une large prédominance à la localisation unique (voir tableau III).

- SABADINI : 102 kystes uniques pour 200 cas

- KOURIAC : 31 localisations uniques pour 36 cas

- Il n'en est pas de même des publications récentes qui font état d'une proportion importante de kystes multiples (12 sur 49 cas pour EOURGEON).

- Dans la série présente, sur 21 cas, on note 10 kystes uniques et 11 multiples (Tableau III).

V) - Localisation

- En ce qui concerne les localisations, les observations rapportées par EOURGEON, sont en accord avec celles de SABADINI - Classiquement :

- Quand le kyste est unique :



Photo N° 2
oOo

OBS : N° 11

T... Hadda

-- 30 ans --

Pièce Opératoire : Kystes Hydatiques multiples de la rate. Un Kyste du pôle inférieur est pédiculé.

- Il est fréquemment polaire inférieur à développement abdominal,
- rarement polaire supérieur à développement thoracique,
- Exceptionnellement médian ou hilaire à développement thoraco abdominal ,
- SABADINI 59 Cas : 48 évolutions abdominales - 9 évolutions (abdomino thoraciques) .
- FOURGEL 16 Cas : 8 polaires inférieurs 3 polaires supérieurs 2 Bipolaires .

Les kystes multiples sont bipolaires .

- Dans notre série, ont peut dégager certaines remarques :

- 1°) En ce qui concerne les kystes isolés
la localisation est 7 fois polaire supérieure,
2 fois polaire inférieure et 1 fois hilaire .
- 2°) Les K H multiples sont 6 fois bipolaires
1 fois hilaire, 4 fois dispersés dans
la rate .

VI - Taille : est variable suivant les auteurs pour :

Cardarelli et Brault	le kyste "atteint la crête iliaque"
Antona	le kyste descend à 4 cm au dessous de l'ombilic
Trinkler	A 14 cm au dessous des côtes .

N°	Nom et Prénoms	Age	Unique	Multiple	Supr.	Inf.	Bipolre	Hilaire
1	L... Safia	36		3				
2	C... Aïssa	40	1		x			
3	K... Mébarka	54	1					x
4	A... Mériem	40	1		x			
5	G... Hadda	53	1		x			
6	M... Louiza	33		1			x	
7	C... Moussa	40	1		X			
8	B... Louahma	54		2			x	
9	L... Khodja	37		6				
10	E... Miloud	19		8				
11	T... Hadda	30		5				
12	S... Mohamed	42		2				x
13	B... Tahar	30		2			X	
14	C... Oumessad	19	1		X			
15	B... Yamina	65	1		x			
16	S... Fatma	54		1			x	
17	A... Lalia	53	1			x		
18	M... Idir	32	1			x		
19	K... Fatma	14		1			x	
20	E... Cumheri	17		3	x			
21	F... Hadda	44	1		x			
TOTALUX			10	11	3	2	5	2

Taruffi kyste mesurant 13 à 18 cm

Coen 13/8,5 cm

Dans notre série (cas de l'observation N° 1) il s'agissait d'un kyste polaire inférieur qui était pédiculé et s'étendait jusqu'au petit bassin, il était perceptible par le toucher vaginal, au point qu'il a fait croire à un kyste de l'ovaire .

VII - Poids :

Les poids constatés furent également variables .

- Voici quelques chiffres :
- 400 gr pour LEBERT et BERGER
- 3 Kg " CULIE
- 4,800 Kg " SAEADINI

Dans nos cas, la plus grande pièce opératoire, splénectomie pour kystes hydatiques multiples, pesaient 4,900 Kg . Nous anticipons sur le traitement pour dire que ces kystes énormes, incitent à deux précautions opératoires .

- Nécessité d'une vidange préalable, et vidange lente .

VIII - Volume :

Le volume des kystes est de façon assez générale important, et variable selon les auteurs .

- CULIE 2 litres
- FAZZOLA 8 litres
- BOURGEON 10 litres
- GUEDJ 15 litres

-41-

Dans notre série, le plus gros kyste contenait 3,5 litre de liquide .

Ceci concerne les kystes uniques, ce développement énorme ne peut se faire, qu'il dépend de l'organe . Mais dans la majorité des cas, vu actuellement le kyste est petit ou de faible volume (1 à 2 litres), ceux-ci provenant probablement du diagnostic plus précoce .

IX - Contenu

Le contenu des kystes est extrêmement variable liquide clair, trouble ou purulent, vésicule fille, membrane repliée sur elle-même, contenu à demi gélatineux et de couleur mastic .

Dans les cas rapportés par SABADINI, la majorité des kystes étaient à liquide clair .

Pour BOURGEON, sur 16 cas :

- 12 sont à liquide clair
- 3 sont à liquide trouble
- 1 est à liquide purulent

0

0

0

- Dans notre série, 14 kystes sont à contenu clair
7 kystes sont à liquide purulent

Le contenu du kyste varie avec l'âge et les conditions nutritionnelles .

X - Association de l'Echinococcose splénique avec d'autres localisations parasitaires

L'association à d'autres localisations parasitaires est fréquente, et mérite une grande attention, car pose un certain nombre de problèmes . Celui de la voie d'abord, et du problème des priorités, dans la tactique opératoire .

Sa fréquence est diversement évaluée par les auteurs :

- 8 fois sur 36 pour KOURLAS
- 10 " " 16 " ECURGEON

- Dans notre série, l'association à d'autres localisations parasitaires est retrouvée 16 fois sur 21 cas .

==O== REPARTITION DES KYSTES HYDATIQUES ==O==

N°	Rate	LOGE Splénique	C. VITE Péritonéale	Petit Epipl.	Foie	Poumon	Pan- créas	Pelvis	Rein
1	3								
2	1		+	+	1				DC
3	1	+							
4	1				3				DC
5	1								
6	1	++	++		1				
7	2		++		2				DC
8	6				12	Bilatéral			
9	3	++	+		1				
10			++	+	3				
11	2								
12	2	++	++		2	Bilatéral			
13	1					Gauche			
14	1	++	++	++	2	Droit			
15	1								
16	1				2				
17	3				10		+		+
18	1				2				
19	2		+++	++	3			+++	
20	1			+++	1			+++	DC
21	2		+++		3			+++	

• Kyste Hydatique du sein droit



Photo N° 3
oOo

OBS : N° 10

B... Miloud

-- 19 ans --

Photo p̄r-op̄ratoire : Kyste Hydatique unique medio-splénique.

- REPARTITION DES KYSTES HYDATIDIQUES DE L'UTERUS

II) Hydatidose intra-splénique isolée

----- 5 fois -----

II) Association parasitaire = 16 fois

I/ Hépatique = 15 fois

2/ Pulmonaire = 4 fois

(- 2 fois Bilatérale

(- 1 fois Gauche

(- 1 fois Droite

3/ Péritonéales = 12 fois

- Localisées = 1 fois

- Généralisées = 11 fois (dont 3
bloquant le péritoine)

4/ Rein = 1 fois

5/ Pancréas = 1 fois

6/ Sein = 1 fois

1°) Atteinte de 2 organes

- Rate + Loge splénique (LS) = 1 fois
- Rate + Poumon (Pm) = 1 fois

2°) Atteinte de 3 organes

- Rate + LS + Cavité péritonéale (CP) = 4 fois
- Rate + Pm + Foie (F) = 3 fois

3°) Atteinte de 4 organes

- Rate + LS + CP + Petit Epiploon (Pe) = 2 fois
- Rate + F + Pancréas (Pa) + Rein (Re) = 1 fois
- Rate + Pe + F Pelvis (FL) = 1 fois

4°) Atteinte de 5 organes

- Rate + CP + Pe + F + PL = 2 fois

5°) Atteinte de 6 organes

- Rate + LS + CP + Pe + F + PM = 1 fois

- De ces nombreuses associations, il ressort qu'il y a une nette prédominance de l'association des lésions hépatiques et spléniques, comme l'ont signalé de nombreux auteurs . Ce tropisme régional ne peut s'expliquer par la théorie vasculaire de DEVE .

CH H A P I T R E - V I -

:::::::::::ooo000ooo:::::::::::::

ETUDE CLINIQUE

:::::::::::ooo000ooo:::::::::::::

- I) CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE
 - A) DOULEUR
 - B) TUMEUR
- II) SIGNES CLINIQUES SUIVANT LA LOCALISATION
 - A) KYSTES A SYMPTOMATOLOGIE ABDOMINALE
 - B) KYSTES A SYMPTOMATOLOGIE THORACIQUE
 - C) KYSTES A SYMPTOMATOLOGIE ABDOMINO-THORACIQUE
- III) LES ASSOCIATIONS LESIONNELLES
- IV) EVOLUTION ET COMPLICATIONS

I/ - CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

Cette étude clinique porte sur 21 cas . Dans notre série les K H S sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (14 femmes, 7 hommes) . L'âge de nos malades s'étale de 14 à 65 ans . Le maximum de fréquence allant de 36 à 54 ans . L'âge moyen est d'environ 40 ans . Ainsi l'Echinococcose splénique, peut se voir à tout âge .

Par ailleurs tous les auteurs, insistent sur la grande latence des kystes hydatiques de la rate . La tumeur progresse pendant longtemps à l'abri de la paroi thoracique qui la masque, et les viscères qui limitent la loge splénique sont suffisamment élastiques, pour supporter un refoulement même important .

- Cette période de latence peut s'étaler sur de nombreuses années . SAEADINI rapportant 41 observations, où des précisions furent données, trouve que la durée d'évolution latente s'est étagée de 3 semaines à 12 ans . BOURGEOIS rapporte que certains patients ont put être suivis par leur médecin 10, 15 et 20 ans .

- Deux de nos patients connaissaient l'existence de leur tumeur depuis de nombreuses années :

- 10 ans : cas de l'observation N° 2
- 20 ans : cas de l'observation N° 5

D'une façon générale, cette période silencieuse s'étage dans notre série de 6 mois à 20 ans .

- Si pour certains auteurs le développement du kyste reste absolument muet, jusqu'à l'apparition d'une tuméfaction, soit thoracique, soit abdominale ou mixte ; pour d'autres, et c'est la majorité des auteurs, un autre signe est quasiment toujours décrit : La Douleur :

Donc en pratique : 2 signes sont constamment retrouvés : douleur et tumeur . C'est le cas de notre série .

- Elle est variable dans son siège, son intensité et ses signes d'accompagnement .

- Il peut s'agir soit :

- De douleurs vagues de l'HG et n'attirant pas toujours l'attention sur la rate .

- De douleurs épigastriques, (cas de nos observations N° 2 et 3) .

- De douleurs épigastriques avec **diarrhées** et vomissements (Observation N° 8) .

- De douleurs intercostales (Observations N° 9, 13, 18) .

SABADINI

- Rapporte une observation où le malade présentait des crises si intenses, qu'elles furent prises pour des crises gastriques Tabétiques .

TRINCKEL

- Avait décrit le cas d'un malade, dont la douleur était réveillée par le Décubitus Latéral Gauche .
Aucun autre auteur n'a retrouvé ce signe .

BOURGEON

- Pense que ces douleurs, sont en rapport avec des adhérences qui gênent l'expansion du kyste, et avec des phénomènes d'infarcissement splénique .

Dans notre série, 18 malades signalaient des douleurs de l'hypochondre gauche . Dans 9 cas , la date d'installation des douleurs, a pu être précisée . Postérieure à la date d'apparition de la tumeur (dans 7 cas), cette douleur a été rapidement suivie par l'apparition de nodosités abdominales . Dans ces 7 cas, nous pensons que la douleur a signé la rupture d'un K.H. . Dans les autres cas, le mécanisme envisagé par BOURGEON peut être retenu .

Elle a été retrouvée dans toutes nos observations . Elle peut être de siège thoracique, abdominale ou mixte . Elle marque un véritable tournant dans l'évolution de la maladie, car de nombreux kystes restent absolument muets jusqu'à son apparition . . partir de ce moment, ses caractères et son allure clinique différent d'ailleurs suivant son type de développement .

II) SIGNES CLINIQUES SELON LA LOCALISATION

A) KYSTE A SYMPTOMATOLOGIE ABDOMINALE

Dans la série rapportée par SABADINI, c'est le cas , le plus fréquent . Il en est de même pour d'autres auteurs comme ECURGEON qui trouve que c'est une localisation préférentielle .

Dans notre série, la tumeur abdominale est signalée dans toutes nos observations . La localisation strictement polaire inférieure n'est retrouvée que 2 fois . En fait, la majorité de nos kystes sont bipolaires : 9 fois . Ce kyste abdominal est caractérisé par sa tumeur car les signes fonctionnels sont souvent inexistants ou modérés, faits de :

1°) Douleurs à type de :

- Vogue endolorissement de l'H G
- Sensation de plénitude siégeant au niveau de l'hypochondre et du flanc gauche
- Gêne sensible lorsque le malade se couche sur le côté gauche (signe de TRINCKLER)
- Rarement la douleur remonte à l'épaule gauche

2°) Parfois fut noté des troubles digestifs à type de :

- digestion pénible
- sensation de ballonnement post-prandial
- plus rarement des vomissements

Ces signes digestifs, classiquement attribués à une compression viscérale, semblent, en ce qui concerne nos cas, plutôt en rapport avec une lésion biliaire associée, parasitaire ou non.

3°) L'Etat Général :

Reste pendant longtemps très bien conservé et n'est atteint que très tardivement, déterminant alors une cachexie prononcée, avec ou sans ascite . Il s'agit alors le plus souvent de kyste hydatique splénique compliqué .

En fait, ce qui caractérise ce type de localisation, c'est la tumeur qui a des caractères bien particuliers .

4°) La Tumeur :

C'est une tumeur de volume variable, pouvant s'étendre de la région sous-costale gauche à l'HG, la FIG, voire même le bassin, qui ainsi déformé devient asymétrique .

Cette asymétrie est parfois évidente, repoussant le rebord costal en dehors, faisant saillir le flanc gauche ; parfois au contraire, peut être discrète et n'apparaître qu'à jour frisant ou même que par mensuration .

Lorsque cette tumeur de l'HG se rapproche plus ou moins de la crête iliaque, sa limite inférieure est alors relativement précise, arrondie ou lobulée . Mais il est exceptionnel de retrouver une masse mobile avec des incisures rappelant le contour d'une splénomégalie .

Enfin le kyste qui descend dans le bassin se présente comme une tumeur monstrueuse dont on ne peut sentir la limite inférieure que par le toucher rectal ou vaginal . C'est le cas de notre observation N° 1 où il s'agissait de kystes hydatiques multiples de la rate dont un était pédiculé, mobile, descendant dans le bassin, perceptible par le toucher vaginal, et ayant fait envisager, un moment, le diagnostic d'une tumeur ovarienne .

- D'autre part, l'étendue transversale du kyste, et (ceci est un fait très important pour ZABADINI) ne dépasse jamais la ligne médiane . Dans les 6 cas rapportés dans la thèse du Docteur MAUNY, ce fait est bien souligné . Dans notre série dans 4 cas la tumeur développée à partir de l'HG dépassait nettement la ligne médiane (observations N° 2, 8, 10, 17) .

La paroi de cette tumeur donne des sensations variables : elle peut être tantôt lisse, tantôt bosselée, parfois souple ou dure et scléreuse . D'autre part, cette tumeur est en rapport étroit avec le rebord costal . Pour certains auteurs dont BOURGECN, cette tumeur donne le contact lombaire .

Par ailleurs elle est le plus souvent renittente, rarement fluctuante . Elle est très peu mobile à la respiration et au palper qui est par ailleurs non douloureux . Elle est mate à la percussion, ceci permet d'en limiter les contours, quant au frémissement hydatique, il est très inconstant, voire exceptionnel.

Tous ces caractères cliniques ont été retrouvés dans nos cas, où existait une localisation polaire inférieure :

EN RESUME

Les signes cliniques principaux des K H S abdominaux, se caractérisent par une tumeur pouvant s'étendre verticalement de la région sous - costale gauche, jusque dans l'hypochondre gauche, la FIG . Dépassant rarement transversalement en avant, la ligne médiane, en arrière, la masse latérale de l'abdomen à l'aplomb de la ligne axillaire postérieure; tumeur, à paroi tantôt lisse, tantôt bosselée, tantôt souple, tantôt dure, renittente le plus souvent, mate, non douloureuse, et surtout très peu mobile .

B) KYSTE . SYMPTOMATOLOGIE THORACIQUE

Contrairement à ce qui se passe pour les kystes abdominaux les signes fonctionnels sont ici au premier plan :

Le symptôme fonctionnel capital est la dyspnée, c'est elle qui attire l'attention du malade lors des mouvements, des efforts de la marche .

Des douleurs peuvent s'observer à type de :

- Scapuloalgie
- Lourdeur, tension de la base thoracique gauche .

Ces douleurs peuvent être parfois intenses et précéder l'apparition de la tumeur .

2°) Les signes physiques

Ils sont plus ou moins nets, mais parfois, apparaissent avec des caractères manifestes :

a) A l'Inspection :

La base thoracique gauche est saillante et évasée .

Les E.I.C. sont élargis . Cette distension s'étend parfois à toute la base thoracique .

Le mamelon est surélevé, il siège plus haut que celui du côté opposé (Signe de DIEULAFOY) .

b) A la Percussion :

La base thoracique est mate, cette matité envahie parfois l'espace de TRAUBE .

c) A l'Auscultation :

Il existe un silence respiratoire absolu avec parfois, au-dessus de lui, une couronne de râles crépitants . Ces signes sont parfois augmentés par un épanchement pleural réactionnel .

Tous ces signes pulmonaires conduisent à des examens radiologiques complémentaires qui seuls, permettent d'affirmer la nature splénique de la tumeur .

Dans notre série, on retrouve 8 fois une localisation polaire supérieure . Dans 4 cas, les signes cliniques décrits, ont été retrouvés plus ou moins nettement . Dans les 4 autres : (Observations N° 2, 8, 10, 17) les signes fonctionnels ont été au premier plan, dont une fois avec hémoptysie et vômique hydatique (cas de l'observation N° 17) . Cependant, dans notre série, même dans cette localisation parasitaire, la présence d'une tumeur abdominale était signalée .

C/ KYSTE A SYMPTOMATOLOGIE ABDOMINO-THORACIQUE

Leur fréquence par rapport aux autres localisations est variable selon les auteurs .

SABADINI :

Colligeant 200 observations n'en a noté qu'un seul cas celui de SCHERE, associant à des degrés variables les signes thoraciques et abdominaux précédemment décrits .

BCURGEON :

Sur 16 observations n'en relate que 2 cas .

KOURLAS :

7 cas sur 36 .

Dans notre série, c'est la forme anatomo-clinique qui est la plus fréquente : 16 fois sur 21 cas .

Les kystes pluriviscéraux sont relativement fréquents (cf. ana-path) . Les kystes hépato-spléniques sont les plus nombreux ; la fréquence de l'atteinte des autres viscères, est variable d'un auteur à l'autre .

MILLS sur 35 cas trouve 24 cas où le kyste hydatique de la rate était isolé, et 9 fois seulement où existait une autre localisation parasitaire (foie, péritoine, rein, poulmon) .

KCURIAS signale une atteinte du foie et du péritoine dans 8 cas sur 36 observations .

BOURGEON indique une fréquence plus grande 62,5 % de localisations polyviscérales . Il en est de même pour notre série où nous avons retrouvé par l'examen clinique une hydatidose hépatique ou péritonéale associée . Dans un cas nous avons noté (Observation N° 5) la présence de kystes hydatiques dans le sein droit . Enfin les antécédents d'hémoptysie faisaient suspecter la présence d'une hydatidose pulmonaire, ou la fistulisation d'un kyste sous diaphragmatique .

IV/ - EVOLUTION ET COMPLICATIONS

L'évolution des kystes hydatiques de la rate est, en moyenne de 3 à 4 ans . Elle peut s'étendre à 12 ans HARTMAN, 28 ans PIQUE, 44 ans BEGOUIN .

A) Les guérisons spontanées

Ont été signalées par BECKER, VEGAS, et CRANWELL en rapport avec une calcification du kyste, d'autres dues à l'ouverture ou l'évacuation du kyste dans un viscère creux, BERTHELOT, HOPTGRAND . Ces guérisons spontanées sont rares .

Le plus souvent le kyste se calcifie ou se complique : suppuration ou rupture .

Elle est fréquente selon certains auteurs, et si elle relève surtout du diagnostic radiologique, elle peut être soupçonnée dans les cas avancés par la dureté "pierreuse" de la tumeur, ou par sa longue stabilisation . Cette calcification pose d'ailleurs un problème pronostic : le kyste calcifié est-il mort ou encore parasitifère ?

Pour BOURGEON, il n'existe aucune critère clinique ni radiologique permettant d'affirmer la mort du parasite . Il pense donc que ces kystes calcifiés sont chirurgicaux ; car d'une part , à l'intervention on peut trouver dans une coque plus ou moins calcaire, un contenu gélatineux verdâtre, ou une membrane désintégrée, avec transformation caseuse du contenu, le kyste peut alors être considéré comme involué ~~et~~ stérile ou bien une membrane repliée sur des vésicules filles qui elles, sont fertiles ; et que d'autre part, ces kystes calcifiés peuvent se rompre au même titre que les autres dans les organes voisins .

C) La Suppuration des Kystes Hydatiques de la rate peut se produire soit :

- Pendant l'évolution d'une infection générale, grippe, infection puerpérale, fièvre typhoïde et paratyphoïde, scarlatine, etc

- Lors d'une suppuration locale (traumatismes, interventions abdominales, suppuration des organes voisins) .

- Par infection du kyste qui se ferait par voie hématogène, et le germe retrouvé est souvent le colibacille .

L'allure clinique des kystes suppurés est très variable .

Il s'agit des cas où l'on se trouve devant un tableau clinique avec un syndrome infectieux marqué : Etat général altéré, tumeur douloureuse donnant l'impression d'une collection purulente.

Il aie des cas, au contraire, où le tableau clinique est très atténué et où l'on ne note qu'un petit fébricule sans atteinte de l'état général, sans modification nette des caractères de la tumeur .

C'est dire qu'il est difficile de se prononcer quand au contenu du kyste avant l'intervention .

Quoiqu'il en soit la suppuration semble relativement rare BOURGEON la signale une fois dans sa série, pas de cas dans la série présente .

B) L'Cuverture :

Des K F de la rate n'est pas une complication rarissime . Deux voies sont possibles, la voie thoracique et la voie abdominale . L'apparition de cette complication est souvent insidieuse, sournoise ; rarement des signes prémonitoires ont été signalés : les symptômes ne changent qu'au moment de l'accident .

1°) L'ouverture dans le colon : est toujours rare .

Après les observations de LRAULT (1876) de GRANT (1802) de SOKOLOF (1894) citons des observations plus récentes ; GOINARD (1950) SIRCT et PLANE (1952) CAPCAS et THIERRIS(J. CHIR 1972) .

2°) L'ouverture à la peau est relativement rare

BOURGEON rapporte un cas qui s'est présenté avec un phlegmon du flanc gauche .

NOTE a observé deux fois cette fistulisation au dessous du rebord costal gauche .

Pas de cas dans la série présente .

3°) L'ouverture dans l'estomac :

Les observations de GUERIN -ROSE et SILVESTRINI l'on signalée . Elle donne lieu à une hydrotidémèse (DEVE) .

L'ouverture se fait brusquement, marquée par des douleurs épigastriques, suivies par des hémotémèses, mêlées de vésicules hydatiques .

Nous ne l'avons observé dans aucun de nos cas .

4°) L'ouverture dans le péritoine : est considérée comme fréquente . Une péritonite suivra si le pus est microbien ; dans le cas contraire, elle entraîne une échinococcose péritonéale .

Trois observations relatent une variété très particulière où il y a eu accouchement de la vésicule hydatique entière dans le ventre . SABADINI en rapporte un cas; ELINCO ACEVEDO 1 cas; et BOURGEON un cas . Il s'agit d'un accident péritonéal toujours brutal et grave .

Dans un cas de notre série (Obs. N° I) l'ouverture ou plutôt la rupture dans la cavité péritonéale s'est faite à l'occasion d'un traumatisme obstétrical donnant une échinococcose secondaire .

5°) Il faut signaler l'ouverture une seule fois constatée dans le bassin et l'uretère (HOPT-GRAND) donnant lieu à une hydaturie .

6°) L'ouverture par voie thoracique :

a) Dans la plèvre : Le kyste peut s'évacuer souvent insidieusement (cas de GUERIN) .

Pas de cas dans notre série .

b) Dans les bronches :

L'ouverture fut signalée de nombreuses fois . Anciennement par QUENU et HOLSTEIN ; plus récemment KOURIAS et KOCAGLU rapportent 2 cas .

Son expression clinique est la vomique hydatique précédée d'hémoptysie .

Elle est fragmentaire et ne permet pas la guérison spontanée .

Dans notre série, elle fut observée une fois (cas de l'observation n° 17) .

II CHAPITRE - VII -
:~::~:ooo000ooo::~:

LES ELEMENTS DU DIAGNOSTIC
:~::~:ooo000ooo::~:

- I) INTERET DE LA RADIOLOGIE
- II) LA SCINTIGRAPHIE
- III) LA BIOLOGIE
- IV) CONCLUSION PRATIQUE

En terre hydatique, toute splénomégalie ou toute tumeur de l'hypochondre gauche, doit faire penser au kyste hydatique de la rate .

Les caractères de la tumeur précédemment décrits, permettent de le suspecter . Mais seules, la radiologie et la biologie, constituent des éléments diagnostics essentiels .

A/ - L'INTERET DE LA RADIOLOGIE EST TRÈS IMPORTANT

1°) La Radiologie de l'abdomen sans préparation et le téléthorax

- peuvent montrer des kystes hydatiques calcifiés pouvant apparaître soit :
 - sous forme de plages sombres calcifiées alternant avec des zones claires, images dites en "mosaïque" . Ces images pouvant être localisées ou généralisées .
 - sous forme d'une plage sombre, bordée par un fin liseré nacré .
- peuvent objectiver également une surélévation de la coupole diaphragmatique, un déplacement du coeur à droite .
- En outre le téléthorax peut montrer une atteinte pulmonaire associée .

Ce sont surtout les moyens indirects qui apportent les enseignements les plus intéressants .

2°) Ingestion barytée :

D'une façon générale, l'estomac est déplacé vers la droite et la grande courbure est le siège de compression ou de déformations variables, suivant la localisation et le volume de la tumeur .



Photo N° 4
oOo

OBS : N° 5

G... Hadda

-- 53 ans --

Transit gastro-duodenal : La grande courbure de l'estomac, est refoulée à droite
par la tumeur.

Montre un abaissement de l'angle colique gauche, normalement fixé à la rate, avec un angle plus ouvert ou plus fermé que normalement .

4°) Rétropneumopéritoine et pneumopéritoine :

Sont peu utilisés et ne donnent des renseignements que si la tumeur donne le contact lombaire .

5°) L'UROGRAPHIE INTRA-VEINEUSE

Doit être constamment pratiquée pour affirmer ou infirmer une localisation rénale .

En cas d'hydatidose splénique, le rein est souvent en situation normale mais parfois, il subit une rotation axiale associée à une compression du bassinet . Les déformations du cystogramme objectivent l'hydatidose pelvienne .

6°), Les opacifications vasculo-viscérales :

Ont surtout un grand intérêt dans les hydatidoses hépato-spléniques .

a) La Splénoportographie transparietale

Elle est à proscrire, quand on suspecte un kyste hydatique de la rate . Elle peut entraîner une rupture intempestive qui risque d'être dramatique .

b) L'artériographie : à un grand intérêt .

- Différentes techniques peuvent être utilisées .
- Soit par Artériographie directe à hauteur de D 12 .
- Soit par cathétérisme artériel, selon la technique de SELDINGER, la plus employée actuellement .



Photo N° 5
oOo

OBS : N° 4

A... Meriem

-- 40 ans --

Lavement baryté : L'angle colique gauche, normalement fixé à la rate, est abaissé.

Le kyste se traduit par une plage avasculaire, bordée de vaisseaux refoulés en "corbeille" .

En cas de kystes multiples, outre cette vaste plage avasculaire, mais bordée en dedans d'un mince rameau sur son flanc interne, on relève des déformations et des incurvations dans les autres territoires d'irrigation .

Mais le simple arrondi des branches doit être considéré comme un signe suffisant .

BOURGEON a pratiqué 3 fois cet examen . Nous ne l'avons utilisé que 2 fois dans notre série .

En fait les examens radiologiques habituels (TGD, LB, UIV) sont largement suffisants pour un diagnostic topographique dans la majorité des cas .

B) LA SCINTIGRAPHIE

Elle est surtout utile en cas de K H F . Dans notre série, dans 1 cas (Obser. N° 5), la scintigraphie a fait suspecter la localisation splénique du kyste hydatique ; en objectivant une fixation du produit radioactif a hauteur de la FIG avec intégrité de l'injection hépatique .

C) LA BIOLOGIE

Aucune exploration biologique n'est pathognomonique du kyste hydatique . Mais l'IDR de CASONI, la réaction de flocculation de WEINBERG, la pratique de l'équilibre leucocytaire pour rechercher une éosinophilie sanguine, gardent toute leur valeur au cours de l'échinococcose splénique ; surtout lorsque l'éosinophilie est augmentée à 8 % ; et que l'IDR de CASONI est fortement positive .



Photo N° 6
oOo

OBS : N° 20

B... OUMHANI

-- 17 ans --

AORTOGRAPHIE — TEMPS ARTERIEL —

- L'artère plénique a perdu ses sinuosités, car refoulée, par un Kyste hydatique du pancreas.
- Les terminaisons de l'artère polaire supérieure de la spénique, sont déviées, par un Kyste du Pôle supérieur de la rate.

Dans notre série, l'éosinophilie n'a été notée 6 fois et l'IDR de CASONI a été positive 8 fois. C'est dire que le diagnostic biologique, dans cette localisation est rarement positif .

Actuellement, l'Institut Pasteur d'Algérie, utilise pour les IDR de CASONI un antigène, fait d'extrait aqueux délipidé de scolex d'*Echinococcus granulosus* . La sensibilité se trouve ainsi considérablement augmentée .

Parmi les autres méthodes récentes, citons les réactions d'agglutination d'hématies sensibilisées ; les réactions de floculation à la bentonite dont l'exécution est assez délicate ; les réactions d'immunofluorescence sur scolex frais .

Mais cela nécessite un matériel dont on ne peut disposer en tout temps et en tout lieu ; et ces méthodes ne sont pas encore à la portée de tous les laboratoires.



Photo N° 7
oOo

OBS : N° 5

G... Hadda

-- 53 ans .

SCINTIGRAPHIE :

- La Rate est amputée de son pôle supérieur.
- Le pôle inférieur est abaissé, et dévié vers la ligne médiane.

EN RESUME

Le malade peut venir consulter :

- soit pour douleurs thoraciques ou abdominales
- soit le plus souvent, pour tumeur abdominale, thoracique ou mixte .

L'Examen Clinique

- Permet de suspecter l'origine splénique de l'affection, sur les caractères de la tumeur précédemment décrits . Mais il reste souvent insuffisant pour éliminer certaines affections telles que (tumeur rénale gauche, ou tumeur du lobe gauche du foie) .

- Dans certains cas la découverte d'autres localisations hydatiques, antérieures ou concomitantes, peuvent étayer le diagnostic .

- Mais ce diagnostic clinique reste difficile à faire, ce qui donne toutes leurs valeurs aux :

Examens complémentaires :

Les examens radiologiques sont très importants comme nous l'avons souligné .

Le laboratoire apporte également des résultats très intéressants mais variables .

- Les réactions sérologiques (IDR de CASONI, réactions de déviation du complément de WEINBERG sont inconstants) . Un CASONI négatif ne peut infirmer le diagnostic d'Echinococcose .

- Les données hématologiques, à la recherche d'une éosinophilie ne sont pas formelles . Mais une hyperleucocytose élevée, peut faire présumer d'une éventuelle suppuration .

Ainsi : - Si une affection rénale gauche, peut être facilement éliminée par l'UIV .

 - Si une tumeur de l'angle colique gauche, peut être décelable au lavement baryté .

Il n'en n'est pas de même du kyste hydatique du lobe gauche du foie, ou d'un kyste du mésentère, ou parfois d'un kyste pancréatique . Mais de toute façon, il s'agit d'une indication chirurgicale et le diagnostic peut être redressé à l'intervention .

Une fois la nature splénique de l'affection affirmée, il est de bonne règle d'éliminer les splénomégalias médicales :

- a) par un bilan hématologique (FNS-VS-crâse sanguine)
- b) par un bilan cardio-vasculaire
- c) par des examens fonctionnels hépatiques
- d) par la recherche de signes infectieux associés (maladie parasitaire)
- e) par une exploration des organes réticulo-endothéliaux

- Maladie de GAUCHER
- Maladie de BESNIER - ECKE - SCHAUHANN
- Maladie de HANS - SHULLER CHRISTIAN

Il ne faudra pas méconnaître également une affection chirurgicale de la rate .

- Lymphangiome
- Cerveau
- Kyste de la rate (pseudo-kyste post-traumatique) .

De toute façon là encore, il s'agit d'une indication chirurgicale, et l'intervention pourra faire un diagnostic étiologique précis .



CHAPITRE - VIII -

====:00000000:====



TRAITEMENT

====:00000000:====

I) INTRODUCTION

II) LES METHODES

A) - METHODES CONSERVATRICES

1) Le temps préalable

2°) Comportement vis-à-vis de la cavité résiduelle

- a) Réduction sans drainage
- b) Péríkystectomie partielle
- c) Marsupialisation

B) - METHODES D'EXERESE : LA SPLENECTOMIE

III) LES RESULTATS

I - INTRODUCTION

- Le traitement des kystes hydatiques spléniques (K.H.S.), est actuellement strictement chirurgical, et a pour but la destruction du parasite, et l'obtention de la guérison .

- Parmi les différentes méthodes, anciennement pratiquées, seule la splénectomie, a, aujourd'hui, la faveur de la majorité des auteurs .

- C'est une méthode logique, radicale, et sans dangers excessifs .

II - LES METHODES

- Les différentes méthodes proposées s'opposent sur un point : la conservation ou non de l'organe .

1/ Les méthodes conservatrices : comprennent 2 phases .

1°) Le temps préalable : est un point important sur lequel il faut insister . En effet, il est nécessaire avant toute chose de faire une vidange très lente du liquide hydatique . Cette vidange se fait comme suit : trocart en place, on remplit le liquide parasiticide, et après 5 à 10 minutes, on le vide, on formole la cavité avec une solution à 2 %, et on extrait la membrane prolifère . Parfois, on réalise une stérilisation de la cavité résiduelle .

Ceci permet de réduire le volume de la tumeur souvent important, d'éviter l'ensemencement péritonéal, de stériliser le kyste .

2°) Comportement vis-à-vis de la cavité résiduelle

Différentes méthodes ont été utilisées :

a) La Réduction sans drainage : pratiquée pour la première fois par THORNTON (1885), elle a surtout été préconisée par BOND et DELBE .

- Cette méthode de BOND-DELBE consiste après le temps préalable, à refermer la coque et à l'abandonner . Des variantes ont été proposées :

- DELBE, ajouta son procédé du capitonnage de la peau qui fut très discuté par GOSSET selon lequel, le capitonnage de la poche est inutile pour les petits kystes et impossible en ce qui concerne les gros kystes .

- LOBE et VARGI ajoutèrent leur procédé d'amarrage à la paroi permettant la ponction de la collection secondaire .

Cette méthode à l'avantage d'être simple, rapide à exécuter et n'entraînant pas de gros risques opératoires, mais présente de sérieux inconvénients signalés par de nombreux auteurs :

- La cavité résiduelle se remplit de liquide séro-hématique entraînant des suppurations interminables .

- Ses indications sont très limitées (en effet cette méthode ne s'adresserait qu'aux kystes clairs) .

- De plus elle entraîne un taux de mortalité important .

Aussi cette méthode, est elle actuellement totalement abandonnée .

b) La périkysectomie partielle de MAEIT

- Ou résection du dôme saillant de LAGROS . Elle consiste à resequer la partie "extériorisée" du périkyste, et à terminer l'intervention sans drainage externe .

- Mais le risque majeur ici, est la méconnaissance d'autres kystes . Aussi cette méthode est-elle rejetée actuellement .

c) La marsupialisation

- Ou opération de LINDELLAN-LINDAU c'est une méthode très ancienne qui a été pendant longtemps la technique standard .

- Elle consiste à aborder le kyste par sa partie la plus saillante, le kyste est alors vidé et formolé, et l'orifice du périkyste est amarré aux lèvres de la plaie opératoire, à la manière d'une gastrostomie .

- Cette méthode est critiquée par la majorité des auteurs contemporains, car elle présente de nombreux inconvénients .

En effet elle peut :

- Méconnaître d'autres kystes
- Donner un risque d'éventration non négligeable
- provoquer une hémorragie externe, au moment où le périkyste se détache partiellement du parenchyme conduisant finalement à une splénectomie secondaire chez un malade affaibli .
- Surtout entraîner une fistulisation prolongée, entraînant une longue hospitalisation et des troubles métaboliques parfois importants conduisant également, souvent, à une splénectomie secondaire faite dans des conditions très difficiles .

- Cette méthode est réservée aujourd'hui aux kystes en voie de fistulisation . La technique est simplifiée : incision à minima, sur la région enflammée, vidange, stérilisation et drainage externe par REDON .

- Quoiqu'il en soit, cette méthode n'occupe actuellement qu'une place très réduite dont nous en parlerons lors des indications .

E) METHODES D'EXERCISE : LA SPLENECTOMIE

- Elle a été pratiquée pour la première fois par KOEBERLE en 1873 .

- Elle est considérée actuellement par tous les auteurs contemporains comme seule méthode logique de traitement de l'hydatidose splénique . En effet, elle est radicale, supprimant l'organe parasité, évitant toute récurrence et fistulisation secondaire .

- On lui a reprochée d'être :

- Une opération de "Luxe" supprimant un parenchyme encore sain .

- Le plus souvent difficile et pénible à cause des adhérences et de la périviscérite, rendant l'abord du pédicule délicat .

- Une opération longue, choquante non inoffensive et entraînant un taux de mortalité important (voir tableau IV) .

(14,9 % pour MILIS - 20,5 % pour SAEADINI)

- Il n'en est pas de même aujourd'hui où les statistiques récentes donnent des chiffres très différents : (KOURILIS : 5 cas sans décès, BOURGEOIS 14 cas : 2 décès
NOTE : 12 cas 2 décès) .

- Dans notre série, la mortalité s'élève à 5 cas pour 21 splénectomies .

SPLENECTOMIES - RESULTATS -

AUTEURS	ANNEE	NOMBRE DE CAS	DECES
FEVRIER	1901	21	14,9 %
LEONTE	1901	12	33,3 %
WAROT	1905	45	11,5 %
FOWLER	1922	48	15 %
MILLS	1924	56	14,9 %
SAEADINI	1935	68	20,5 %
KCURLAS	1956	5	0 Décès
KOCACUGLU	1958	14	3 Décès
ECURGEON	1960	14	2 Décès
SERIE PRESENTE..	1972	21	5 Décès

TABEAU : IV

- Notre taux n'est donc pas plus élevé que chez les autres auteurs .

- Plus intéressant à considérer est la technique de splénectomie à adopter car :

- Il s'agit le plus souvent de rates parasitées adhérentes qui posent un certain nombre de problèmes techniques. Et, pour être moins dangereuse et garder le maximum de ses avantages, elle doit se plier à certaines règles précises sur lesquelles insistent de nombreux auteurs .

1°) Les Impératifs :

- Elle doit si possible éviter d'ouvrir le thorax .
- Elle doit donner accès au pédicule principal .
- Il est souhaitable de multiplier les ligatures du pédicule .

- Ne pas couper la queue du pancréas, surtout dans les cas où le ligament pancréatico-splénique est court .

- Prudence maximum pendant la dissection des adhérences entre la rate et le diaphragme .

- Doit permettre éventuellement le traitement des lésions du foie gauche .

- Doit enfin se prêter à un drainage déclive de la loge splénique pour éviter les hématômes résiduels et les épanchements pleureux réactionnels .

En respectant ces conditions, la splénectomie présente alors des avantages . En effet :

- C'est une méthode radicale et sûre .
- Facile d'exécution et ne présentant pas un danger réel .
- Le traitement finit dans un laps de temps assez bref .

Les complications post-opératoires sont moindres que dans les autres méthodes .

2°) La tactique opératoire :

a) Le problème de la voie d'abord

- Les incisions préconisées pour l'abord de la rate sont nombreuses et nous ne saurons les passer toutes en revue .

- KOURLAS

Préfère la thoraco-phréno-laparotomie, en fait, cette voie ouvre le, thorax .

- Parmi les voies abdominales : les incisions sont diverses .

H. COCACGLU et KAYALI utilisent l'incision en forme de L (incision de R. GREGOIRE), qui selon eux, donne une voie d'accès large et bien dégagée .

- BOURGEOIS :

Utilise une voie abdomino-lombaire presque horizontale dans le 12 e EIC en arrière, et prolongée à la demande en direction de la gaine du grand droit de l'abdomen .

- Cette voie pouvant être éventuellement agrandie, par une association à une laparotomie médiane .

- C'est une incision trop délébrante, prolongeant le temps opératoire à la réparation, et donne des éventrations post-opératoires . De plus, sectionne des filets nerveux entraînant névralgies, et insensibilité cutanée .

- Notre préférence va à la voie abdominale médiane qui nous a régulièrement donné satisfaction et qui a été utilisée dans 19 cas .

- Cette voie qui n'est pas délabrante, nous a permis de répondre à tous les impératifs . Dans la majorité de nos cas, les kystes étaient à développement Thoraco-abdominal et les associations polyviscérales nombreuses . Cette voie nous a permis de traiter les kystes hydatiques du foie gauche comme certains kystes du foie droit ainsi que d'autres lésions associées.

- Dans les cas particuliers des kystes volumineux, c'est la vidange préalable qui permet de réduire le volume de la tumeur, et quand il s'agit de kystes polaires supérieurs, cette vidange ramène, attire le diaphragme, qui devient aisément abordable et dissécable sans danger par la voie abdominale pure .

- La plupart de nos patients avaient une sangle abdominale défectueuse, l'utilisation de curarisants donnait un bon relâchement musculaire, l'exposition était suffisante pour l'intervention .

La réparation pariétale est solide .

RESULTATS :

La splénectomie, que nous avons pratiquée dans 21 cas avec une mortalité qui s'est élevée à 5 cas nous semble être l'acte chirurgical idéal, réalisant une cure radicale des lésions, et sans grand danger . En effet, l'analyse de nos décès, montre que cette mortalité est due à des causes variables .

OBSERVATION N° 2/ :

Le décès est dû à une embolie pulmonaire secondaire à une phlébite de la jambe gauche . Sachant que la splénectomie donne dans les suites immédiates, une hyperplaquettose, on peut alors discuter la place des anticoagulants après splénectomie .

N°	Interv.	V.A.	Rate + Loge	Gestes Associés	Cortie	Remarques
1	14.8.63	Med	Splénectom.		11.9.63	
2	5.6.63	Med	"	Foie G : Péri Kyst.T. Exérèse de Gd.Epi- plon	18.6.65	D.C.D. Phlébite : Anti- coagulant
3	13.7.64	Med	+ "	Exérèse KH du GDS	1.8.64	
4	19.11.65	Med	"	TRT de 3 K.H.F.	25.11.65	D.C.D.
5	13.5.66	Med	"		5.6.66	
6	29.11.67	Med	+ "	TRT de 2 K.H.F. HYSTERECTOMIE	26.1.68	TRT en 2 temps
7	6.5.68	Med	+ "	SPHINCTEROTO- MIE	22.6.68	TRT Ulérieur étage sus-mésoc.
8	10.1.69	Transv	"	TRT de toutes les lésions	5.2.69	DCD Urémie
9	6.8.69	Transv	"	TRT des K.H.F.	19.10.69	Cuppur.pariétale Trt.Poumon ulter.
10	6.1.70	Med	+ "	TRT de toutes les lésions	4.2.70	
11	8.4.70	Med	+ "	Trt.des KHF G. Exérèse Gd.Epiplon	17.5.70	+ tard K.H.F. Droit
12	24.4.70	Med	"	Cholécystectomie	6.5.70	Lithiase biliaire
13	2.7.70	Med	Splénectom.		18.7.70	Antr.TRt des KH Poumon
14	1.7.70	Med	Splénectom.		15.7.70	3.6.70 : KH Poumon
15	25.8.70	Med	+ "	TRT des KHF	28.8.70	DCD troubles respiratoires
16	24.6.71	Med	"	2 KHF PERIKYS- TECTOMIE	22.7.71	TRT en 1 temps
17	31.8.71	Med	"	TRT : KHF - 3 KHF Pelviens Gastrost.	15.9.71	TRT en 3 temps DCD:Coma Biol.
18	11.10.71	Med	"	Exérèse Gd.Epiplon	30.12.71	TRT en 2 temps 17.12.71 Trt KHF
19	1.12.71	Med	"	Foie G : Résection Dôme saillant	19.1.72	Trt. en 2 temps 22.3.72.Trt.Tts les lésions
20	28.5.71	Med	"		16.6.71	
21	15.9.72	Med	"	Foie G.Périskyst.T	2.10.72	Trt. en 1 Temps

TABLEAU V : + Traitement des K.H. de la loge splénique .

L'autopsie n'a pu être pratiquée . Cependant l'existence d'un hyperleucocytose considérable (38.900 GÆ) ne peut s'expliquer par l'hyperleucocytose post-opératoire classique . Elle fait suspecter une suppuration post-opératoire .

OBSERVATION N° 8 / :

Il s'agit d'une hydatidose, polyviscérale avec fistule bilio-bronchique . Le traitement complet a été réalisé à la même séance opératoire . Le décès est survenu un mois plus tard, par coma urémique . Dans ce cas, n'était-il pas plus judicieux de pratiquer une intervention en 2 temps ??

OBSERVATION N° 15/ :

Le décès est, lié à des troubles cardio-respiratoires dus à l'âge, (65 ans) et au non traitement préalable de la parasitose pulmonaire .

OBSERVATION N° 17 / :

La malade a été opérée pour hydatidose polyviscérale et péritonéale généralisée, associée à des ulcères gastriques aigus hémorragiques . Elle est décédée dans un tableau de coma biologique .

La mortalité affecte surtout les malades porteurs d'hydatidose polyviscérale avec atteinte pulmonaire . L'indication judicieuse des priorités opératoires, de même que l'espacement des interventions, améliorera certainement nos résultats . Et actuellement de l'avis de chirurgiens très expérimentés, la splénectomie chez l'adulte ne pose aucun problème, tout le monde étant d'accord sur son innocuité .

C

.../..

C

C

--O-- SPLENECTOMIE - MORTALITE --O--

HYDATIDOSE SPLENIQUE		NOMBRE DE CAS	MORTALITE
Hydatidose isolée		5	0
Associations		16	5
	2 Organes	7	1
	4 Organes	4	2
	5 Organes	2	0
	6 Organes	1	1
	TOTAL	21	5

C H A P I T R E - I X -
:::==:::00000000:::==:::

 E S ^o
 I N D I C A T I O N S
:::==:::00000000:::==:::

- I) HYDATIDOSE SPLENIQUE ISOLEE
- II) KYSTES COMPLIQUES
- III) LES ASSOCIATIONS PARASITAIRES POLYVISCERALES
- IV) RESUME

/ LES INDICATIONS /

Les interventions conservatrices ne sont actuellement indiquées que dans des circonstances exceptionnelles, et provisoirement, car seule la splénectomie, primitive ou secondaire, constitue le traitement radical . Cette intervention, grâce aux progrès de la chirurgie et de l'anesthésie-réanimation, à la faveur des chirurgiens contemporains et présente un risque quasi-nul .

/ HYDATIDOSE SPLENIQUE ISOLEE

1°) Kystes uniques:

Que la rate soit mobile ou adhérente, pour certains auteurs c'est l'indication de la résection partielle du périkyte . Cette attitude a été adoptée par nous dans un cas . La méconnaissance d'autres kystes a nécessité une splénectomie secondaire .

2°) Kystes multiples :

Pour tous les auteurs, comme pour nous mêmes c'est l'indication de la splénectomie .

/ KYSTES COMPLIQUES

- L'indication opératoire est fonction du type de complication .

1°) Kystes suppurés

- Si l'état général est relativement bon, la splénectomie sera faite d'emblée .

- Si l'état général est déficient, et le kyste prêt à fistuliser à la peau, on aura recours à l'incision formolage-drainage (marsupialisation). Elle peut être appliquée sous anesthésie locale . On n'attendra pas la guérison spontanée il faudra instituer une réanimation intensive, et réaliser une splénectomie le plus tôt possible .

Certains auteurs utilisent la voie thoraco-abdominale d'emblée . En fait pour nous la voie abdominale seule permet de traiter l'hydatidose splénique, et de fermer la brèche diaphragmatique . Si les lésions broncho-pulmonaires sont importantes et nécessitent un geste chirurgical, elles seront traitées par thoracotomie-entéro-latérale isolée, soit lors de la même séance opératoire, soit ultérieurement .

3°) Kystes fistulisés dans le colon

Splénectomie et colectomie peuvent être réalisées en même temps, comme le préconisaient Sirot et Plane . Si les risques sont trop grands, la colectomie sera rapportée à un temps ultérieur sous couvert d'un anus in-situ .

4°) Kystes ouverts dans l'estomac

Il sera traité par splénectomie et gastrectomie partielle longitudinale, à la même séance opératoire .

5°) Kystes rompus dans la cavité abdominale

Rarement on aura à le traiter d'urgence, où la splénectomie a autant d'importance que la toilette péritonéale, par le sérum hypertonique . Plus souvent, c'est le tableau d'une hydatido-péritoné la splénectomie constitue un des temps opératoires de cette association polyviscérale .

C) - LES ASSOCIATIONS PARASITAIRES POLYVISCÉRALES

Elles posent le problème de la voie d'abord et de la hiérarchisation des priorités opératoires .

1°) Hydatidose hépatique

Elle est la plus fréquente .

En cas d'ictère, la priorité sera donnée au traitement des kystes hépatiques . La splénectomie sera réalisée dans la même séance opératoire, si les risques ne sont pas majorés .

En dehors de l'ictère, dans la même séance on réalisera, splénectomie et traitement des kystes hépatiques, au minimum ceux du lobe gauche, les kystes hydatiques du lobe droit seront traités dans le même temps opératoire, ou ultérieurement s'ils sont peu accessibles. La voie médiane est suffisante là aussi.

2°) Hydatidose pulmonaire

Pour traiter le kyste hydatique du lobe inférieur du lobe gauche les auteurs pratiquent une thoraco-phrénolaparotomie. Notre conduite actuelle est la suivante.

En cas d'Hydatidose pulmonaire unilatérale

Une thoracotomie antéro-latérale, réalisée en premier, permettra de traiter les lésions pulmonaires. Une médiane faite à la même séance ou ultérieurement, permettra de pratiquer la splénectomie.

En cas d'Hydatidose pulmonaire bilatérale

On traitera d'abord le côté droit par thoracotomie antéro-latérale, pour assurer une fonction respiratoire suffisante, pour les interventions ultérieures ; après cette intervention nous sommes ramenés au cas précédent d'hydatidose polyviscérale, avec atteinte pulmonaire unilatérale.

EN RESUME

Si autrefois, la splénectomie était considérée comme une intervention difficile, choquante et grevée de mortalité importante, il n'en n'est pas de même aujourd'hui, où les suites opératoires sont généralement simples ; et l'hyperthermie signalée par les anciens auteurs n'est pas retrouvée dans notre série. Elle était liée parfois à une réaction pulmonaire, parfois à une réaction palustre réductible par la quinine.

De plus, la durée d'hospitalisation post-opératoire pour splénectomie est considérablement écourtée. Dans notre série, elle dépasse rarement 15 jours.

II H A P I T R E - X -
:::ooo00ooo:::

- N O S O B S E R V A T I O N S -
:::oooCCCCooo:::

OBSERVATION N° 1 :

L Safia

36 ans

==00000000==

Malade admise au service le 8/7/63 pour tumeur abdominale .

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION :

Révèle l'existence d'une tumeur de l'hypochondre gauche s'étendant jusqu'à la fosse iliaque gauche, mobilisable, paraissant en rapport avec l'utérus et qui a fait penser à un kyste de l'ovaire .

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- Biologie - G.R. = 3.150.000
 N.F. - G.E. = 4.300
 - Eosinophilie à 1 %
 Casoni - n'a pas été pratiqué
- Radiologie
 ASP non retrouvé .

On décida l'intervention avec le diagnostic de tumeur de la rate et suspicion de tumeur ovarienne .

L'INTERVENTION : est pratiquée le 14/8/63Laparotomie médiane sus ombilicale .

- Kyste hydatique de la rate avec périviscérité .
- Splénectomie difficile
 - rupture des kystes suppurés adhérents au diaphragme
- Pièces 3 Kystes :
 - Polaire supérieur
 - Kyste postérieur
 - Kyste polaire inférieur pédiculé qui fut pris pour un kyste de l'ovaire
- Choc opératoire compensé .

CONCLUSION :

Malade opérée pour polyhydatidose splénique l'intervention a été difficile, choquante à cause des nombreuses adhérences surtout diaphragmatiques .

SUITES OPERATOIRES :

Ont été dans l'ensemble simples et la malade est sortie le 11/9/1963 .

==00000000==

Malade âgé de 40 ans, admis au service le 25/5/63
pour tumeur épigastrique .

HISTOIRE CLINIQUE :

- Cette tumeur épigastrique, serait apparue depuis
l'âge de 10 ans .
- Depuis 2 ans le malade se plaint de douleurs
épigastriques d'intensité variable et constate l'apparition de
plusieurs autres tuméfactions épigastriques .

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION :

- Perception de nodosités multiples s'étendant sur
tout l'abdomen .
- Hépatomégalie et Splénomégalie .

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Biologie

- N.F. - G.R. = 4.480.000
- G.E. = 6.640
- On note une éosinophilie à 7 %

Casoni - positif

Radiologie

- ASP : Pas de calcifications
- TGD : Surélévation de l'estomac et abaissement de
l'angle colique gauche
- UIV : Compression de l'uretère droit .

L'INTERVENTION : est pratiquée le 5/6/63 (Pr. ROCHE)

Laparotomie médiane sus-ombilicale

1°) Dans un premier temps :

Traitement des kystes de l'étage sus-mésocolique .

- a) Ablation en masse du grand épiploon envahi
- b) Ablation d'un kyste hydatique du lobe gauche du foie
- c) Splénectomie difficile pour kystes hydatiques occupant les 3/4 inférieurs de la rate
- d) Ablation d'autres kystes :

2°) Les kystes de l'étage sous-mésocolique sont laissés pour un temps ultérieur .

CONCLUSION :

Malade opéré pour échinococcose généralisée .
L'intervention a été extrêmement choquante. La Splénectomie a été particulièrement difficile, malgré la vidange préalable du kyste .

SUITES POST-OPERATOIRES :

Ont été mauvaises . Du point de vue :

CLINIQUE :

Il fut noté une phlébite de la jambe gauche . Le malade a été mis sous anticoagulants, qui ont entraîné une hématurie .

Le malade est décédé le 18/ 6/63 par embolie pulmonaire secondaire à la phlébite .

BIOLOGIQUE :

Les examens pratiqués le 17/6/63 ont montré une hyperleucocytose à 36.000 GE, une urée à 1,18 Grs/l .

La nécropsie n'a pas été pratiquée .



--00000000--

Malade originaire d'Algérie admise au service le 14/6/64
pour tumeur de l'hypochondre gauche .

HISTOIRE CLINIQUE :

- La tumeur est apparue il y a 6 ans et a augmenté progressivement de volume
- Depuis quelques mois, la malade se plaint de douleurs épigastriques .

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION :

- L'état général est satisfaisant
- La palpation révèle l'existence :
 - d'une tumeur de l'hypochondre gauche de la taille d'une orange ferme, mobile avec la respiration .
 - une légère hépatomégalie .

Au toucher vaginal on perçoit un nodule dans le
DOUGLAS .

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Biologie

- N.F. - G.R. 3.490.000
- G.E. 7.400
- Eosinophilie à 4 %

Casoni - positif

Radiologie

- Téléthorax normal
- TGD avec transit intestinal : permet de suspecter l'existence d'au moins trois tumeurs .

En effet on constate :

- a) une compression de la grande courbure
- b) une compression de la petite courbure
- c) des images arrondies entre les anses iléales .

Donc probablement, il s'agit d'une hydridose hépto-splénique avec hydridose-péritoine .

L'INTERVENTION : est pratiquée le 13/7/64 (Pr. MENTCURI)

Laparotomie médiane sus ombilicale

- On pratique un débridement latéral gauche
(Rio Bronco gauche)
- Découverte de deux kystes hydatiques de la loge
gastro-splénique .
- Premier temps : traitement du parasite
- Deuxième temps : Splénectomie .

L'hydatido-péritoine est laissé pour un second
temps .

SUITES OPERATOIRES :

Ont été simples et la malade est sortie le 1/8/1964 .

OBSERVATION N° 4

A..... Mériem

40 ans

==00000000-+-

Malade originaire de Sétif, admise au service le
20/10/65 pour tumeur abdominale .

HISTOIRE CLINIQUE :

- Le début remonte à 4 mois, marqué par la perception
d'une tumeur et par des douleurs de l'hypochondre droit,
irradiant vers l'épaule droite .

- Il y a deux mois, le malade a présenté un ictère
récessif .

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION :

- On note une hépatomégalie avec perception de la
tumeur et une splénomégalie .

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :Biologie

- N.F. - G.R. 3.170.000
- G.E. 3.200
- Eosinophilie à 10 %

Cytori - Positif

Radiologie

- ASP : image en dôme du foie
images de calcifications au niveau de la rate
- TGD : On note un refoulement à droite de la
grande courbure
- LE : Abrissement de l'angle colique gauche
- UIV : Compression du bassinnet gauche

Scintigraphie :

- Lobe droit : images de lacunes
- lobe gauche : hypotrophie

L'INTERVENTION : est pratiquée le 19/11/65 (F. MENTCURI)

Laparotomie médiane sus ombilicale

1°) Exploration :

- a) Foie : KH calcifié segment 4 (bilobé)
: KH calcifié segment 5
+ KH du lobe droit
: KH du segment 6 (bilobé)
- b) Rate : KH
- c) Vésicule : Lithiasique

2°) Intervention :

- a) Resection du dôme saillant et fermeture de la fistule
- b) Splénectomie
- c) Cholecystectomy
- d) Drainage

CONCLUSION

- Malade opérée pour hydatidose hépato-splénique multiple avec lithiase biliaire .

SUITES OPERATOIRES :

- Ont été mauvaises .
- La malade est décédée brutalement au 6e jour (25/11/65) pour une cause indéterminée .

Des examens biologiques pratiqués la veille du décès ont montré :

- urée à 2,08 Grs
- albumine à 1,30 Grs
- hyperleucocytose à 38.200 GB .

Est admise au service le 30/4/66 pour tumeur abdominale .

HISTOIRE CLINIQUE :

Cette tumeur existait depuis 20 ans selon la malade .
C'est seulement depuis deux ans qu'elle aurait augmenté de volume et que seraient apparues des douleurs de l'hypochondre gauche irradiant vers l'épaule gauche .

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION :

- On perçoit une tumeur de l'hypochondre gauche dépassant en bas l'ombilic .
- Une légère circulation collatérale .

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :Biologie

- N.F. - G.R. = 3.520.000
- G.E. = 7.300
- éosinophilie à 1 %
- Cesoni- négatif

Radiologie

- TGD - Refoulement à droite de la grande courbure par une énorme tumeur calcifiée .

Scintigraphie : le 11/4/66

- a) le foie est refoulé mais normal
- b) la rate est abaissée .

L'INTERVENTION : est pratiquée le 16/5/1966 (Pr. MENTCURI)

Laparotomie Médiane sus ombilicale

1°) Exploration :

- Kyste hydatidique occupant le pôle supérieur de la rate, calcifié, adhérent au diaphragme .

2°) Intervention :

- Après libération des adhérences .
- Ponction du kyste qui contient 3 litres de liquide purulent .
- Splénectomie, en laissant un fragment du péricyste, adhérent au diaphragme .

Conclusion :

Malade opéré pour hydatidose splénique isolée .

SUITES OPERATOIRES :

- Simples .
- La malade est sortie le 28/5/1966 soit 10 Jours après l'intervention .

OBSERVATION N° 6

M..... Louise 33 ans

Malade originaire de Constantine, admise au service
le 20/11/1967 pour tumeurs abdominales multiples .

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION :

- On note de nombreuses saillies abdominales et un cul
de sac de Douglas (C.S.D.) absolument comblé .
- Réaction de Casoni faiblement positive .

LA 1ère INTERVENTION : est pratiquée le 29/11/1967 .

Laparotomie Médiane sus ombilicale1°) Exploration : on découvre :

- Une vingtaine de kystes de dimensions
différentes développés dans :
- C.S.D. et accolés au 2 feuillets des
ligaments gastro-coliques et, de la bourse
postérieure des épiploons .

2°) Traitement :

- Résection de tout ce chapelet .
- Au niveau du petit bassin : on note une
échinococcose pelvienne multiple
entourant l'utérus, la vessie et le vagin .
- Après dissection extrêmement laborieuse
de la vessie, on pratique une hystérectomie
totale qui seule permet la libération de
2 volumineux kystes qui plongeaient
dans le C.S.D. .
- Ablation d'un gros kyste développé dans
le petit épiploon .
- Une énorme masse kystique développée à
partir de la rate, fait prévoir un
deuxième temps opératoire .

LA 2e INTERVENTION : est pratiquée le 10/1/1968 .

1°) Une incision transversale : montre

- Un kyste de la grosseur d'un gros pamplemousse développé à partir de la rate et adhérent au lobe gauche du foie, et au diaphragme .

2°) Traitement :

- Ablation du kyste, qui s'est perforé-splénectomie laborieuse en raison des adhérences .
- Ponction et résection d'un kyste hydatique du foie calcifié du dôme ; ainsi que d'un 2e kyste de la face postérieure du foie .

Fermeture sur drain .

Conclusion :

Malade opérée pour hydatidose ployviscérale et péritonéale généralisée .

SUITES OPERATOIRES :

- Ont été bonnes et la malade est sortie le 26/1/1968 .

==33333333==

Malade originaire d'Alger, admis le 19/4/68 pour
tumeurs abdominales multiples .

Antécédents : opéré en 1955 pour K F F .

HISTOIRE CLINIQUE :

Le Malade a présenté une fistule spontanée au
niveau de l'hypochondre droit et un ictère qui a regressé .

EXAMEN CLINIQUE :

- On note une douleur de l'hypochondre gauche
et des tumeurs multiples dans les deux fosses iliaques .

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Biologie

- N.F. - G.R. = 3.550.000
- G.E. = 5.200
- VS accélérée 30/30
- Bilan hépatique Objective une petite rétention
biliaire 63,4 mg/l
- Amylase 268 u
Casani - négatif .

Radiologie

Fistulographie :

- visualise la communication avec les voies
biliaires .
TGD - région antrale très déchiquetée
L.B. - abaissement de l'angle colique gauche et du
colon transverse
U I V - normale .

LA PREMIERE INTERVENTION : est pratiquée le 6/5/1968

==cocccccc==

Reprise de l'ancienne incision .

Laparotomie Médiane sus ombilicale

Et sous ombilicale avec débordement latéral gauche .

1°) Exploration :

- Kystes dans les gouttières pariéto-coliques
- Kystes hydatiques dans le tablier épiploïque
- Kystes hydatiques dans la rate
- Kystes hydatiques de l'arrière cavité des épiploons
- Kystes hydatiques dans le Douglas .

2°) Traitement :

- Ablation de plusieurs kystes hydatiques de l'étage sus-mésocolique
- Résection du tablier épiploïque et excision des kystes hydatiques de l'arrière cavité des épiploons
- Ablation des Kystes/Hydatiques de la gouttière pariéto-colique gauche
- Ablation des kystes hydatiques de la fosse iliaque droite
- Ablation des kystes hydatiques du Douglas .

Toilette péritonéale et fermeture sur drain .

L'hydatidose sous-mésocolique est laissée pour un temps ultérieur .

SUITES OPERATOIRES :

- Bonnes
- Traitement : Peni-Strepto
réanimation
- sortie le 22.6.68

Le malade n'est pas revenu pour le deuxième temps.

OBSERVATION N° 8

E...Bouh...

54 ans

---03000000---

Malade admise le 10/12/66 pour tumeur abdominale .

HISTOIRE CLINIQUE :

- Le Début remonte à 4 mois, marqué par des douleurs épigastriques, vomissements, asthénie progressive, toux avec expectoration .

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION :

- Etat général déficient
- A la palpation on note une hépato-splénomégalie
- Par ailleurs, oedème des membres inférieurs prenant le godet, sans signes cliniques d'atteinte cardiaque .

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :Biologie

- N.F. - G.R. = 2.800.000
- G.E. = 6.000
- éosinophilie 0
- bilan hépatique normal

Crispi- positifRadiologie

- Téléthorax : opacités diffuses de la base droite .
- TGD : compression de la grande courbure
refoulement du cadre duodénal

.../..

L'INTERVENTION : est pratiquée le 16/1/1969 (Pr. MENTOURI)

Laparotomie médiane sus ombilicale

Secondairement agrandie en thoracique droite .

1^o) Exploration :

- a) Foie : 2 kystes hydatiques dont un fistulisé dans une bronche
- b) Vésicule : lithiasique, perforée dans l'estomac
- c) Rate : 2 kystes hydatiques pôle supérieur et pôle inférieur
- d) des kystes dans le ligament gastro-colique
- e) des kystes pelviens .

2^o) Intervention :

- 1^o) Cholecystectomie et suture de l'estomac (région antrale)
- 2^o) Splénectomie
- 3^o) Résection du dôme saillant des 2 kystes de la convexité du foie (après thoracophréno-laparotomie)
- 4^o) Résection du ligament gastro colique
- 5^o) Enucléation des kystes pelviens. Nécessité d'une salpingectomie bilatérale et conservation de l'ovaire droit .

L'intervention fut longue et choquante . Per op :

1

10 flacons de sang .

Conclusion :

Tentative de traitement en un temps d'une hydatidose poly-viscérale .

SUITES OPERATOIRES :

La malade a déperî progressivement et est décédée le 5/2/1969 par coma urémique . Le 3/2/1969 urée à 2,77 mg/l .

---00000000---

Le malade originaire du Titteri nous a été adressé par un service de pneumo-physiologie pour hydatidose généralisée .

HISTOIRE CLINIQUE

- 1°) Il y a 6 ans, le malade a ressenti des douleurs thoraciques d'intensité variables .
- 2°) Depuis 2 ans, apparition d'une tumeur de l'hypochondre gauche avec aggravation des signes pulmonaires . Aux douleurs devenues permanentes s'ajoutent :
- Hémoptysie et expectoration
 - Un syndrome infectieux intermittent .

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION :

- Etat général altéré
- Au niveau de l'abdomen
 - hépto-splénomégalie irrégulière
 - tuméfaction épigastrique .
- Au niveau du thorax :
 - modification du murmure vésiculaire dans les 2 champs pulmonaires .

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :Biologie

N.F. - G.R. = 4.210.000
 - G.E. = 11.800
 - Eosinophilie 12 %
Casoni - Positif

Radiologie

Téléthorax : face et profil et Bronchographie

Objectivent : à gauche : 3 kystes dans le lobe inférieur
 à droite : 1 kyste du sommet droit .

Scintigraphie: (25/5/69) fixation inhomogène

U I V : normale

Lavement baryté : Abaissement de l'angle colique gauche .

1ère INTERVENTION : est pratiquée le 6/3/1969 (Pr. MENTOURI)

-105-

Incision Transversale

1°) Exploration :

Hydatidose hépato-splénique .

2°) Intervention :

- Splénectomie (rate de 2,6 Kg ana-path)
- Traitement KHF (12 au total) résection du dôme saillant-drainage .

SUITES OPERATOIRES :

- Longues suites par désunion pariétale dues à la dénutrition .
- Eventration post-opératoire .

2ème HOSPITALISATION : le 12/12/1969

1°) Eilan prè.-opératoire :

- Eventration abdominale, hydatidose pulmonaire bilatérale, valeur fonctionnelle respiratoire médiocre .

2° INTERVENTION : le 7/1/1970 (Pr. MENTOURI) .

Traitement des kystes hydatiques du poumon gauche
Incision 8e espace, résection 7e côte .

- 3 kystes hydatiques dans le lobe inférieur
- Périkysectomie des 3 kystes
- Périkysectomie et capitonage, drain de Mathey .

SUITES OPERATOIRES :

Sont longues car troubles respiratoires et épanchement pleural à gauche .

3°) HOSPITALISATION :

Admis le 28/5/1970 et sorti le 6/8/1970 .

Le malade a présenté une hémoptysie importante et l'intervention a été reculée .

Le malade ne s'est pas représenté depuis .

==CCCCC==

Malade originaire du Titteri, admis au service le 26/12/70 pour tumeur abdominale .

HISTOIRE CLINIQUE :

Le début remonte à 3 ans, marqué par la perception d'une tumeur de l'hypochondre gauche qui a augmenté de volume, et par des douleurs siégeant au même niveau, et irradiant vers l'épigastre gauche .

Depuis quelques mois, le malade se plaint de troubles digestifs, à type (d'intolérance aux graisses, de vomissements) .

Il est à noter que le malade n'a jamais présenté d'ictère ni de prurit .

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION :

E.G. Médiocre

Abdomen : - Palpation d'une tumeur de l'hypochondre gauche, s'étendant jusqu'à la fosse iliaque gauche, et d'une hépatomégalie nodulaire .
- Au toucher rectal, perception de kystes pelviens .

Par ailleurs, on note un infantilisme (19 ans, 40 Kg, 1 m 55) voie rigide, petits testicules, pas de pilosité .

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- Biologie

N.F. - G.R. = 4.800.000

- G.E. = 10.000

- Eosino 6 %

Casoni - positif

- Radiologie

Téléthorax : surélévation de l'hémicoupe gauche .
image en brioches à droite

UIV : compression de la vessie

L.E. : abaissement et compression de l'angle colique gauche .

.../..

L'INTERVENTION : est pratiquée le 6/1/1971 (Pr. MENTOURI)

Laparotomie médiane sus ombilicale

- 1°) Splénectomie : ablation d'une rate truffée de kystes hydatiques et pesant 4.800 Kg .
- 2°) Excision du grand épiploon truffé de kystes hydatiques
- 3°) Exérèse d'une multitude de kystes hydatiques de l'étage sus-mésocolique (ligament spléno-pancréatique) .
- 4°) Résection du dôme saillant d'un kyste hydatique de la face inférieure du foie para-hilaire .
- 5°) Excision de deux kystes dans le pelvis dont un accolé à la vessie .

Drainage :

- 1°) De la cavité résiduelle du foie
- 2°) De la loge splénique
- 3°) Du Douglas

Conclusion :

Malade opéré pour hydatidose hépato-splénique .

SUITES OPERATOIRES :

- Ont été dans l'ensemble simples . Il a été noté un petit épanchement pleural de la base gauche .
- Ablation du drain le 14/1/1971 et le malade est sorti le 4/2/1971 .

OBSERVATION N° 11

T..... Hadda

30 ans

==00000000==

Malade originaire du Titteri, admise au service le
30/3/70 pour tumeur abdominale et tumeur du sein droit .

HISTOIRE CLINIQUE :

Perception de petites nodosités au niveau du sein
droit qui ont augmenté de volume au cours de la grossesse et lors
de l'allaitement . Après l'accouchement, perception d'une tumeur
abdominale siégeant au niveau de l'hypochondre gauche .

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION :

- Palpation au niveau du sein droit de 4 petites
tumeurs
- Perception au niveau de l'abdomen d'une tumeur
de l'hypochondre gauche
- Le reste de l'examen est normal .

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- Biologie

- N.F. - G.R. = 3.500.000
- G.E. = 6.600
- Eosino 1 %

- Radiologie :

- TGD - compression de la grande courbure
refoulement de la petite courbure .

L'INTERVENTION : est pratiquée le 6/4/1970 (Pr. MENTOURI)

1°) Sur le sein droit :

Incision sous-mammaire : excision des kystes

2°) Sur l'abdomen :

Laparotomie Médiane sus-ombilicale

1°) Exploration :

- Kystes hydatiques multiples de la rate
- kystes hydatiques dans le petit épiploon
- Kystes hydatiques dans les lobes du foie .

2°) Intervention :

- Splénectomie
- Ablation des kystes du petit épiploon
- Kystectomie totale pour les 2 kystes du lobe gauche, les kystes du lobe droit sont laissés pour un temps ultérieur
- Fermeture sur redon .

Conclusion :

Malade opérée pour échinococcose de l'étage sus-mésocolique .

SUITES POST-OPÉRATOIRES :

- Simples, la malade a quitté le service le 17.5.1970 .
- La malade devait revenir pour K H F restants .

==CCCCCCCC==

Malade originaire d'Alger admis le 10/4/70 pour
douleurs de l'hypochondre gauche .

HISTOIRE CLINIQUE :

Le début remonte à 8 mois, marqué par des douleurs
de l'hypochondre gauche, d'intensité vives, fréquentes, sans
périodicité, et irradiant en hémiceinture .

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION :

- Perception d'une masse à l'hypochondre gauche
- Pas d'hépatomégalie .

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Biologie

N.F. - G.R. = 4.600.000
- G.E. = 6.000
- Eosino 4 %
Casoni - positif

- Radiologie

Téléthorax normal

ASP: images de calcifications sous-phrénique gauche .

L'INTERVENTION : est pratiquée le 24/4/1970

Laparotomie médiane sus ombilicale

1°) Exploration : On découvre :

- 2 kystes hydatiques développés au niveau du hile splénique .

2°) Intervention :

- Splénectomie emportant les deux kystes hydatiques
- Cholécystectomie .

Conclusion :

Malade opéré pour hydatidose splénique isolée .

SUITES OPERATOIRES :

Ont été simples et le malade est sorti le 6/5/1970 .

---00000000---

Malade admis au service le 24/4/70 pour tumeur abdominale .

HISTOIRE CLINIQUE

Le malade a présenté il y a six mois, des douleurs rétrosternales, des hémoptysies de moyenne abondance, provoquées par des efforts de toux, ce qui a entraîné son hospitalisation en clinique thoracique, où il fut diagnostiqué une hydatidose pulmonaire bilatérale, et une tumeur de l'hypochondre gauche .

Ce malade nous a été adressé le 24/4/70 pour tumeur abdominale .

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION :

EG : altéré, asthénie importante

Abdomen : Splénomégalie

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- Biologie

- N.F. - GR 4.600.000

BE 6.300

Eosino 5 %

- Casoni - positif

- Radiologie

- Téléthorax : KH pulmonaire bilatéral

- Scintigraphie 10/1/70

Refoulement du foie à gauche

.../...

1ère INTERVENTION : a été pratiquée le 29/1/1970

- Thoracotomie latérale droite au 6e espace inter costal
On pratique une kystectomie totale .
- Thoracotomie incision sous-costale, on pratique une kystectomie pour kyste hydatique du dôme .

SUITES OPERATOIRES : ont été simples .

2e INTERVENTION : est pratiquée le 15/5/1970

Thoracotomie gauche (5e espace)

- 3 kystes (2 au lobe supérieur et un au lobe inférieur)
- triple kystectomie-capitonnage .

Laparotomie médiane sus ombilicale

Etage sus mésocolique : kyste du petit épiploon
kyste du ligament
gastro-splénique

Etage sous mésocolique : kystes épiploïques

TRAITEMENT :

- Fériskystectomie partielle des kystes hydatiques de l'étage sus-mésocolique .

SUITES OPERATOIRES :

Simple

3e INTERVENTION : le 2/7/1970

- Splénectomie
Enucléation des kystes péritonéaux

CONCLUSION :

Malade opéré pour hydatidose polyviscérale . Les interventions ont été étalées, les suites simples .

SUITES OPERATOIRES :

Bonnes et le malade est sorti le 18/7/1970 .

--- oooCCCCooo ---

Malade admise au service le 25/5/70 pour douleurs
de la base pulmonaire gauche suivies d'hémoptysies .

HISTOIRE CLINIQUE :

Douleurs de la base pulmonaire gauche, depuis
3 mois suivies d'hémoptysies avec vomique hydatique .

EXAMEN CLINIQUE :E.G. conservéAbdomen : SplénomégalieThorax : Râles sibilants de la base gauche .EXAMENS COMPLEMENTAIRES :- Biologie

- N.F. - G.R. = 3.650.000
- G.B. = 10.200
- Eosino 7 %
- V.S. 63/110
- Bilirubine 7 mg/l

- Radiologie

Téléthorax : Opacité de la partie moyenne du poumon gauche
et surélévation de la coupole diaphragmatique
gauche .

L..E. Abaissement de l'angle colique gauche .
Opacité de l'hypochondre gauche avec liséré
calcique .

U.I.V. Abaissement du rein gauche .

1ère INTERVENTION : est pratiquée le 3/6/1970 (Pr. MENTCURI)

- Thoracotomie gauche
- Péricystectomie totale

SUITES OPERATOIRES :

Simple on note cependant un **clocher** fébrile à 38° et sur le tél thorax, toujours une surélévation de la coupole diaphragmatique gauche .

2e INTERVENTION : est pratiquée le 1/7/1970

Laparotomie médiane sus ombilicale

- Kyste du pôle supérieur de la rate adhérent au diaphragme
- Splénectomie : une collerette kystique est laissée contre le diaphragme .

SUITES OPERATOIRES :

Ont été simples . En particulier il n'existe pas d'Hyperthermie et le malade est sorti le 15/7/1970 .

CASERVISION N° 15

E..... Yamina..... 65 ans

==00000000==

Malade admise le 4/8/70 pour hydatidose péritonéale .

HISTOIRE CLINIQUE :

A été opérée il y a 5 ans dans un hôpital de l'intérieur pour K H F .

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION :

- Hépatomégalie irrégulière
- Splénomégalie

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- Bilogie

N.F. - G.R. = 3.250.000
 - G.D. = 5.200
 - Eosino 2 %
 - V.C. 125/120

- Radiologie

Téléthorax : On note une déformation thoracique et un Kyste Hydatique du poumon droit .

A.S.P : Déformation en brioche de la coupole diaphragmatique droite .

.../..

L'INTERVENTION : est pratiquée le 25/8/1970

Laparotomie médiane sus ombilicale

1°) Exploration

a) Etage sus-mésocolique :

- KHF antérieur et postérieur du lobe droit
- KH du petit épiploon
- KH de l'AGE
- KH de la rate

b) Etage sous-mésocolique :

2°) Traitement de l'étage sus-mésocolique :

- Splénectomie
- Résection du ~~dôme~~ saillant des KHF
- Enulération des KH de l'AGE .

SUITES OPERATOIRES : Ont été mauvaises .

La malade est décédée le 28/8/1970 par défaut de réanimation et infection .

Une numération formule pratiquée la veille a montré une légère anémie (GR 3.260.000) une hyperleucocytose importante (29.200 GE) et une température à 38 ° .

Malade admise le 26/4/71 pour tumeur de l'hypochondre gauche .

HISTOIRE CLINIQUE

Le début remonte à 10 ans, marqué par : Asthénie, fièvre avec frissons, douleurs thoraciques, suivies 2 ans après par une sensation de pesanteur de l'hypochondre gauche avec tuméfaction progressive .

Par ailleurs, la malade présente depuis 8 ans, une bronchite chronique, avec hémotysies épisodiques hivernales .

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION

EG : Satisfaisant

Abdomen : palpation d'une splénomégalie régulière .
troubles digestifs à type de constipation .

Thorax : Bronchite chronique .

Le reste de l'examen est normal .

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

1°) Biologie

<u>N.F.</u> - G.R.....	3.800.000
G.B.....	9.800
Eosino	4 %

Crase sanguine normale .

2°) Radiologie

Téléthorax : normal

ASP..... tumeur calcifiée sous phrénique gauche

TGP Compression de la grande courbure

LB Abaissement de l'angle colique gauche

UIV Dans les limites de la normale .

Cholécysto-cholangio : normale

L'Artériographie : montre une tumeur avasculaire
grand volume, allant du
diaphragme à l'aile iliaque
gauche .

Reoulant à droite tout le foie, l'estomac et même l'aorte, comprimant à gauche le rein dont le pédicule est étiré . Cette tumeur avasculaire est splénique . La rate est réduite et à une lame parenchymateuse au niveau du pôle inférieur ; lame ayant une vascularisation autonome .

3°) Scintigraphie : Pas d'imprégnation splénique .

L'INTERVENTION : est décidée le 28/5/1971 pour kyste hydatique de la rate .

Laparotomie médiane sus ombilicale :

1°) Exploration :

Découvre d'un énorme kyste hydatique de la rate de la grosseur d'un ballon de rugby, avec nombreuses adhérences pariétales et coliques suppurées ; en voie de fistulisation, détruisant tout le parenchyme splénique .

2°) Traitement :

- Une splénectomie totale est pratiquée .
- Mise en place d'un drain de Redon dans la loge splénique, qui a été enlevé le 4e jour .

Diagnostic ana-path : A noter qu'il s'agit d'un kyste hydatique ancien .

Suites opératoires : Bonnes : la malade est sortie le 16/6/1971 .

OBSERVATION N° 17 : A..... Lalia 53 ans

'==oooCCooo==

Malade originaire de Tiaret, admise au service le 4/8/1971 pour tumeur de l'hypochondre gauche, dont la date d'apparition remonterait à 9 ans .

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION :

- Douleurs abdominales violentes et intermittentes
- Voussure de l'hypochondre gauche dont la palpation révèle une masse dure, régulière, descendant jusqu'à la ligne ombilicale et débordant la ligne médiane .

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Téléthorax :

Opacité ronde de la base droite :
Kyste Hydatique du poumon .

Scintigraphie :

Foie petit, mal limité, aplati .

Carboxigraphie :

Compression incomplète de la veine cave inférieure, entre D 10 et L 2 par la tumeur de l'hypochondre gauche .

L'INTERVENTION : est pratiquée le 31/8/1971

Laparotomie sus et sous-ombilicale :

- KHR : splénectomie difficile
- Cure d'un Kyste hydatique du bord antérieur du foie
- Exérèse du tablier épiploïque qui est truffé de kystes
- Evacuation après formolage, de 3 kystes pelviens, dont 2 sont supra-vésicaux et 1 du Douglas .

Conclusion :

Malade opérée pour hydatidose hépato-splénique et péritonéale généralisée .

SUITES OPERATOIRES :

Ont été perturbées . En effet la malade a présenté des hématémèses 2 jours après l'intervention .

REINTERVENTION : pour exploration le 3/9/1971 .

- Gastrostomie qui montre un estomac plein de caillots . Après toilette, on a la surprise de découvrir 5 ulcères aigus de Stress dans la moitié inférieure de l'estomac .

- L'état très altéré de la malade n'en permet que l'enfouissement dans les replis muqueux .

- Au fond d'un ulcère, une artère de calibre appréciable saignait par jet .

SUITES OPERATOIRES :

Ont été marquées : par un méloenz, des clochers fébriles, un liquide bilieux évacué après ablation du drain de siphonage .

NOUVELLE INTERVENTION : le 15/9/1971

Décès le 18/9/1971 dans un tableau de coma biologique .

==oooCooo==

Malade originaire d'Alger, admis le 10/6/71 pour
hydatidose poly-viscérale découverte, lors de la cure d'une
hydatidose pulmonaire chirurgicale .

ANTECEDENTS :

Malade ayant subi 2 interventions pour hydatidose
poumon droit et gauche .

HISTOIRE CLINIQUE :

Le début remonte à 6 mois, marqué par asthénie
et douleurs abdominales .

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION :

- Douleurs abdominales diffuses
- Hépto-splénométrie

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :BiologieN.F. - G.R. = 4.500.000

- G.H. = 6.300

- Eosino . %

Casoni- positifRadiologie :A.S.P - surélévation de la coupole diaphragmatique droiteTél thorax : séquelles pleurales bilatéralesCholecysto-cholangio : vésicule et voies biliaires non opacifiéesL.E. refoulement en bas de l'angle colique gauche et du
transverse .

.../...

L'INTERVENTION : est pratiquée le 24/6/1971 .

1°) Kyste polylobé du foie (segment 4) adhérent au diaphragme .

2°) Kyste Hydatique du lobe inférieur de la rate .

Une splénectomie est pratiquée .

Diagnostic / Anz-path :

Tissu conjonctif scléreux avec lamelles hydatiques et débris nécrotiques .

SUITES OPERATOIRES :

- Ont été bonnes
- Drain de Redon sus-hépatique a été enlevé le 8e jour
- Le Drain splénique est laissé en place et enlevé plus tard
- Le malade est sorti le 22/7/1971 .

==ooo00ooo==

Malade originaire de Teniet-El-Had est admise au service le 4/10/1971 pour tumeurs abdominales .

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION

- Hépto-splénomégalie
- Ascite de moyenne abondance

Laparotomie Médiane Sus et Sous Om bilicale

- Permet de découvrir une multitude de vésicules disséminées et de taille variable .
- Au niveau du foie : Plusieurs kystes du dôme et du hile .
- Au niveau de la rate : un gros kyste .

Traitement :

On décide de resequer le maximum de kystes péritonéaux en n'enlevant que le grand épiploon .

Il en reste au niveau du petit épiploon et dans le petit bassin qu'on laisse pour un 2e temps .

REINTERVENTION : le 17/12/1971Cliniquement :

- Abdomen augmenté de volume dans son ensemble .
- A la palpation on retrouve :
 - un foie augmenté de volume avec un nodule bien perceptible .

Laparotomie Médiane sus ombilicale :

Branchée sur une incision transversale gauche (Ric Branco-gauche) .

- La rate est énorme, truffée de K .H. de tailles différentes : splénectomie
- Résection de nombreux kystes du foie (dôme saillant)
- Résection de quelques K.H. du mésentère .

Fermeture sur Antibiotiques :Conclusion :

Malade opérée en 2 temps pour hydatidose hépto-splénique et péritonéale généralisée .

SUITES OPERATOIRES :

Sont satisfaisantes et la malade est sortie le 30/12/71 .

.../..

OBSERVATION N° 20

E..... Cumhani

17 ans

---ooo00ooo---

Malade admise au service le 10/11/71 pour récurrence
d'une tumeur épigastrique .

ANTECEDENTS :

Malade opérée en 1965 dans un hôpital de l'intérieur
(Sétif) pour KHF .

HISTOIRE CLINIQUE :

Le début remonte à 4 ans, marqué par une tuméfaction
de la région épigastrique, accompagnée de douleurs à irradiation
ascendante .

(Ces troubles ont donc commencé 5 ans après la
1ère intervention) .

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION :

- A L'inspection : cicatrice de Laparotomie médiane
sus ombilicale
- a la palpation : perception d'une tumeur épigastrique

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- Biologie : NF : GR 3.650.000
GE 2.100
Essino 5 %

Casoni : positif

- Scintigraphie : pratiquée le (12/11/71) a révélé
l'existence de multiples lacunes au
niveau du foie .

.../..

1ère INTERVENTION : a été pratiquée le 1/12/71

-126-

Laparotomie médiane sus ombilicale

L'Exploration : permet de retrouver :

- a) Foie : - 10 kystes hydatiques du lobe gauche
- 2 Kystes hydatiques superficiels du lobe droit
- des autres kystes à l'extrême droite
- 2 kystes hydatiques médians et profonds .
- b) kyste hydatique du corps du pancréas
- c) 3 kystes spléniques du pôle supérieur
- d) 1 kyste hydatique du pôle supérieur du rein gauche .

TRAITEMENT :

Réssection du dôme saillant des kystes hydatiques superficiels du foie . Le traitement des autres kystes hydatiques est laissé pour un temps ultérieur .

SUITES OPERATOIRES :

Simple, le malade est sorti le 19/1/72 .

==--00000 000--

2e INTERVENTION : est pratiquée le 22/3/72 (Pr. MENTOURI)

Artériographie : nous n'avons retrouvé que des clichés tardifs qui ne montrent rien de particulier .

TRAITEMENT :

- 1°) Périkysectomie de 3 kystes hydatiques droit et de 2 kystes hydatiques gauche du foie .
- 2°) Splénectomie pour kyste hydatique du pôle supérieur de la rate .
- 3°) Périkysectomie du kyste hydatique du rein gauche .
- 4°) Périkysectomie du kyste hydatique du corps du pancréas .
- 5°) Excision des kystes hydatiques épiploïques .

SUITES OPERATOIRES :

Simple et le malade est sorti le 18/5/72 . Elle n'a présenté quelques céphalées et vertiges qui ont totalement regressé après traitement symptomatique .

==00000000==

Malade originaire du Titteri admise au service le
6/9/1972 pour K H F .

HISTOIRE CLINIQUE

Se résume à peu de choses .

Les troubles remontent à 1 an marqués par des
douleurs de l'hypochondre droit .

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION

- Perception d'une masse de l'hypochondre droit
appendu au foie, qui est hypertrophié .

- Splénomégalie .

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Biologie

<u>N.F.</u>	- G.R.	3.700.000
	- G.E.	12.000
	- Eosino	5 %
<u>Casoni</u>	- Positif	

- Radiologie

Téléthorax : surélévation de la coupole diaphragmatique droite .

A.S.P : absence de calcifications

Cholécystographie : vésicule non lithiasique .

Scintigraphie : n'a pas été pratiquée .

L'INTERVENTION : est décidée le 15/9/72 (Pr. MENTOURI)

-128-

Lap. rotomie médiane sus ombilicale

1°) Exploration

- a) Foie : 2 kystes hydatiques
- b) Rate : 1 kyste hydatique (pôle supérieur)

2°) Traitement

- Périkystectomie totale pour kyste hydatique du foie (lobe gauche) .
- Périkystectomie pour kyste hydatique du segment 4 (lobe postérieur) .
- Splénectomie pour kyste hydatique du pôle supérieur de la rate .

Conclusion

Malade opérée pour hydatidose hépato-splénique .

SUITES OPERATOIRES :

Simple. La malade est sortie le 2/10/1972 .

II H A P I T R E - X I -
:::cccCooo:::

II C O N C L U S I O N
:::cccCoo:::

/ C O N C L U S I O N /

Dans cette étude de l'hydatidose splénique, nous avons tenté de mettre en évidence, les faits suivants :

1°) Du point de vue fréquence :

C'est une affection, qui est loin d'être exceptionnelle, surtout en Algérie où, elle est très connue .

2°) Du point de vue pathogénique :

L'existence d'une échinococcose intra-splénique primitive, et d'une échinococcose pérисplénique consécutive à un ensemencement de la loge splénique, par rupture d'un kyste de voisinage, le plus souvent lobe Gauche du Foie . Il en résulte alors ; une atteinte secondaire de la rate, par phénomène de compression .

3°) Du point de vue Anatomique :

- L'absence de plan de clivage, entre la rate et le kyste . La paroi de ce dernier, provenant en effet, de la réaction scléreuse de l'organe .

- La grande fréquence, et l'importance des adhérences, liées à un phénomène d'infarctus . La rate ayant une vascularisation de type terminal .

- Le nombre et le volume des kystes, souvent importants .
- La prédominance, des localisations bipolaires .
- Et surtout la fréquence, des associations polyviscérales .
- Autant de facteurs, qui influenceront sur la tactique opératoire .

4°) Du point de vue clinique :

- L'insidiosité, et la longueur d'évolution, de cette affection . L'existence d'une tumeur kystique, dont la symptomatologie, liée à la localisation pulmonaire du kyste, est tantôt de type abdominal, tantôt de type thoracique, le plus souvent mixte dans notre série .

5°) Du point de vue Diagnostic :

Nous soulignerons, l'intérêt primordial, des examens radiologiques et biologiques . En remarquant toutefois, que les examens biologiques ne sont nullement absolus ; et, s'ils gardent, une valeur d'orientation certaine, lorsqu'ils sont fortement positifs ; ils peuvent par contre être, faiblement positifs, où même demeurer négatifs, et ne peuvent en aucun cas, recuser le diagnostic .

La certitude diagnostique peut être obtenue, par les examens radiologiques, en particulier artériographiques, s'ils montrent une tumeur avasculaire, avec un liseré calcique .

6°) Du point de vue Thérapeutique :

- Nous insisterons, sur l'intérêt de la splénectomie ; Thérapeutique radicale, aux suites souvent simples, actuellement .

- Nous insisterons également, sur la voie d'abord médiane abdominale pure, qui nous a donné régulièrement satisfaction .

- Dans les formes polyviscérales, l'examen de nos résultats opératoires et l'étude des résultats des séries récentes ; nous incite d'une part à sérier les temps opératoires, et d'autre part, à donner sauf urgence, priorité au traitement du kyste hydatique pulmonaire .

- Dans la très grande majorité des cas ; cette technique, autorise une guérison complète, contrairement aux autres méthodes .



I E L I C G R A P H I E

==:==:==:==:ooo0000ooo:==:==:==:==:

BIBLIOGRAPHIE

--o-- KYSTES HYDATIQUES DE LA RATE --oo--

1°) ALLANEAU C. PLAINFOSSE E. et SERINGE P.

Kyste hydatique de la rate sans traduction biologique. Etudes sérologiques. Scintigraphie. Opération. Guérison. - Ann. Péd. (Sem. Hôp. Paris) 2 Déc. 1969, 45, N° 12, 3096/P. 740 - 3103/P 747 (Bibliogr.) .

2°) ALESSI R.

Kyste hydatique géant de la rate . Récidive. Rupture dans l'estomac à la suite de traumatisme. Hémo-péritoine par rupture de résidu splénique . - Minerva chir., 28 Févr. 1959, 14, N° 235-238 .

3°) APRCSIO N. et RABOT M.

Réflexions anatomo-chirurgicales sur un cas de kyste hydatique de la rate . - B.M. Soc. Chirurgie Paris, 1964 54, N° 2, 58-61 (Bibliogr.) .

4°) AREL F.

Istanbul Tip Fak Mec., 1954, 7, N° 4, 4053-4060 .

5°) AUERY G. GOINARD P. ECOLARD C. et CECCALDI.

Présentation de pièces. Kystes hydatiques de la rate rompus dans l'abdomen Algérie m.d. N° Janv. Févr. 1946, N° 1, 31-35 .

6°) AULISA B. et EORDONARA F.

Kyste hydatique de la rate - Minerva chir. 31 Déc. 1968, 23 N° 24 1307-1314 (Bibliogr.) .

7°) BALUARTE C.E. et NICOLINI C.G.

Kyste hydatique hépato-splénique,
Rev.Guerpo Méd., Juin 1965, 4 N° 2
129-138, 5 Fig (Bibliogr.) .

8°) BANDINI A. et PANZERA G.

Les kystes hydatiques de la rate .-
Riforma méd., 3 Juin 1961, 75, N° 22
626-632, 5 Fig.(Bibliogr.) résumé
français .

9°) BERGARECHE J.

Hydatidose pseudoprimitive de la rate,
Eol.Inst.Pat.Méd., Oct. 1954, 9, N° 10, 195 .

10°) ECRIES AZEAU A. DAYAN L. et PEPIN A.

Kystes hydatiques de la rate. A propos
de 2 cas, Arch.Frang.Mal.App.Dig.
Juin 1969, 58, N° 6-406-407 .

11°) ECRIES AZEAU M. DAYAN L. PEPIN A. et MENACER B.

Les kystes hydatiques de la rate,
Montpellier chir., 1968, 14 N° 5, 563-
573 - (Bibliogr.) .

12°) EOUCHIT C. et COLL .

Un cas de volumineux kyste hydatique
de la rate, Bordeaux chir., av. 1962, N° 2
63-65 . (Bibliogr.) .

13°) EOURGEON R. CATALANO H et PANTIN J.P.

L'échinococcose splénique. J. Chir.,
Déc. 1960, 80 N° 3 608-632, 15 Fig .

14°) BRUGIER R. GYPAKIS E. et RENAUD F.

Cinq observations de kystes hydatiques
de la rate. Montpellier chir., 1965 -
II, N° 1 - 79-83 .

15°) BUTTAFARRI G. -

Contribution au traitement chirurgical de l'échinococcose splénique - Poloclinico (sez-prat.) , 29 Juil. 1957, 64, N° 30, 1095 - 1098 (Résumé Franç.) .

16°) CALAY R. et DURET R.L.

Un cas d'hydatidose splénique et péritonéale. Acta-gastro-enterol. bel., mai juin 1967, 30, N° 5-6, 427-437 (Bibliogr.) .

17°) CALIC Et PARANO G.

Contribution clinique à l'étude du kyste échinococcique de la rate .- Minerve; chir., le 15 Févr. 1959, 14, N° 3 153-158, 4 Fig. (Bibliogr.) .

18°) CANGNICO A.N.

Kyste hydatique de la rate splénectomie-guérison - Prensa Méd. Argent, févr. 1945 32, N° 5, 202 .

19°) CHAUI L.

L'échinococcose de la rate .- Khirourguia, 1958, N° 4, 120-121 .

20°) CLEMENT J.P. et COLL .

Localisation par angiographie sélective des kystes hydatiques multiples du foie et de la rate .- J. Radio. Electro., Mars-Avril 1971, 52, N° 3-4, 201, 203, 6 fig .

21°) COIQUAUD A. et DUVEZIN B.

Sur un cas de kyste hydatique du pôle inférieur de la rate diagnostiqué par rétro-péritoine Maroc méd., Sept. 1951, N° 316, 790 bis .

22°) CONTE G. et COLI .-

Kyste échinococcique de localisation rare
(cardio-péricardique, splénique).-
Minerva med., 15 sept. 1971, 62 n° 69,
3227-3236; 6 fig. (Bibliogr.).

23°) CORTESE L. -

Sur les kystes échinococciques de la rate
(à propos de 2 observations cliniques).-
Minerva chir., 1er Juin 1950, n° II, 317-
325, 3 fig. (Bibliogr.).

24°) COUTELEN F., RAZEMON P et LIQUET J.

La longévité des échinocoques. Etude critique
à propos d'un kyste hydatique de la rate
évoluant depuis plus de vingt trois ans.
Ann. Parasit., 1950, 25, N° 4, 267-275,
2 fig. (Bibliogr.).

25°) DALMAS H., SALDUCCI J., ROUZAUD R. et PICAUD R.

Documents sur un kyste hydatique de la rate.-
Arch. Franç. Mal. App. dig. sept. 1967 56
n° 9, 873-874.

26°) DI PIAZZA D.-

Aspects cliniques et histopathologiques de
l'hydatidose de la rate.- Minerva med. sicil.
(suppl. Minerva med.), av. Juin 1966, II,
n° 2, 31-38, 9 fig. (Bibliogr.).

27°) DOCCI C.-

Diagnostic des splénopties chirurgicales.
Echinococcose de la rate et de l'épiploon -
Fraccastoro, mars - av. 1967, 60, n° 2,
146-156 - (Bibliogr.) résumé français).

28°) DUERA C.C. et PETROZEI C.A. -

Kyste hydatique de la rate. Considérations sur son traitement et présentation de 10 cas. Prensa méd. argent. 12 fév. 1958, 45, n°50, 3862-3873, 14 fig. (Bibliogr.).

29°) FEEVEY M., NEIDHART J.A. et GUELF. G. -

Echinococcose splénique.- Lyon méd. 1er Janv. 1967, n° 1, 52-59.

30°) FIELEK J., HORST H. et KOLARYN A.-

Kyste échinococcique de la rate.- Polski Tygod. Lek., 1969, 24, n° 4, 143-145 (BIBLIOGR.) résumé anglais).

31°) FIRICA T., CALUGARUS S. et MARINESCU J.-

Kyste hydatique de la rate ponctionné - préopératoirement. Splénectomie d'urgence. Guérison.- Vintu méd., Janv. 1969, 7, n° 1, 57-62 (Bibliogr.).

32°) FIRSOV E.F. et ASTAFIEV V.I. -

Deux cas d'échinococcose de la rate.- Vestnik Roentgen. Radbl. (Moscou), 1966, 41, n° 4 - 96-99.

33°) GALLIARD H.

Parasitoses de la rate, Encycl. med. Chir. Surg. fasc. 13040 ALC, 5-1960.

34°) GANDHI J. -

L'échinococcose splénique.- Ann. Chir., nov. 1958, 12, n° 21-22 1251-1257, 5 fig. (Bibliogr.)

35°) GENNARO C. et LUDOUX J. B. -

Kyste hydatique de la rate et kyste dermoïde de l'ovaire droit.- *Memans méd.*
15 déc. 1960, 67, n° 50? 1950-1951 et 1964.

36°) GOMEZ J.M.D. -

Kyste hydatique de la rate.- *Rev. Clin. Espan.*, 15 déc. 1960, 79, n° 5, 348-352 (Bibliogr.).

37°) GURKAN K.I. -

Kyste hydatique de la rate traité par splénectomie.- *J. chir.*, Oct. 1955, 71, n° 10, 703-712.

38°) HOFSTETTER J. -

Un kyste hydatique de la rate et une échinococcose alvéolaire du foie dans une même famille du Jura français.- *Lyon chirg.* Janv. Févr. 1968, 64 3 II37-II42.

39°) JENTZER A.

Kystes à échinocoques uniloculaires de la rate.- *Schweiz. Med. Wchnr.* Janv. 1947, 77, n° 1/2, 95-97, 2 fig. (Bibliogr.).

40°) JEVTIC Z., PETIT J. RUPNIK N. et TRNINIC L.-

Le kyste hydatique de la rate *Ann. méd. Nancy*, Oct. 1964, 3, 1137-1142.

41°) KAMOUN A., AYARI H., FOURATI M. et ROCHEV K.-

L'artériographie sélective du tronc coeliaque dans les kystes hydatiques de la rate. *Tunisie méd.*, nov.- déc. 1969, 47, n° 6 425-427 (Bibliogr.).

42°) KAYAEALI I. -

Traitement chirurgical des kystes hydatiques de la rate. Rev. Méd. Moyen Orient, Mai-Juin 1963, 20, n°3, 239-243.

43°) KAYAEALI L.-

Scirrurji , 1953, 6, n° 4 71-79.

44°) KHVAREVSKY M.V.-

Echinocoque calcifié de la rate.- Khirourguia (Moscou) 1962, n° 10, 125- 127.

45°) KOCACGLU H. KAYAEALI L. et FICCONMEZ A.-

Les kystes hydatiques de la rate (à propos de 14 cas consécutifs). J. Chir. rev. 1958, 75 n° 4, 459-474, 2 tabl. 9 fig. (Bibliogr.)

46°) KOCACGLU H. et KAYAEALI I.-

Kystes hydatiques de la rate. Lyon chir. mai 1958, 54 n°3, 466-471, 6 fig.

47°) KOSELEFF E. -

Contribution à l'étude des échinococcoses spléniques : à propos de 16 obs. réunies au Maroc. - Thèse Paris, 1962, n° 219 71 pages.

48°) KULYURIN S.S. -

Echinococcose de la rate.- Rev. Radiol. (Moscou), mai 1964, 39, n° 5, 64.

49°) KOURLAS E.

J. Chir. 1957, 74 n° 2, 138-157.

50°) LAGRANDA A.A. et MARRUGAT C.L.

Kyste hydatique de la rate . Frunsa Méd.
Argent . Juin 1957, 34, 1° 23, 1050-1052,
2 fig (Bibliogr) .

51°) LAMY J. PIETRI H. ASSADOURIAN R. ET BARLES J.C. -

L'hydridose splénique . Valeur et
indications des méthodes d'exploration et
surprises de l'investigation .- Mém.
Acad. Chir., 1-15 mars 1967, 93
N° 8, 9, 10, 320-334 .

52°) L'HERMINEVELLANED, A. et WELMER E.K.

Echinococcose de la rate . Biologie,
pathogénèse, clinique et traitement .-
Med Klin, 5 Nov. 1965, 60, N° 45,
1801-1806, 9 Fig (Bibliogr.) .

53°) LATARJET M

Rapport sur un travail de M.R. fatigant :
5 cas de kystes hydatiques à localisation
splénique .- Lyon chir. mars 1963 - 59 N° 2
288 - 294 .

54°) LEE G. et COLL .

Diagnostic scintigraphique des tumeurs de
l'abdomen supérieur : un cas d'échinococcose
de la rate .- Langenbecks Arch-Klin .
Chiru. 1967, 348 N° 4, 233-240 (Bibliogr.) .

55°) LEGRE J. CLEMENT J.P. GUIEN C. et PIETRI H.

L'angiographie sélective du tronc coeliaque
et de l'artère mésentérique supérieure dans
le diagnostic du kyste hydatique du foie
et de la rate .- J. Radiol . Electrol .,
Août - Sept 1966, 49, N° 8, 9, 562

56°) LEGRE J., CLEMENT J.P., GUIEN C et PIETRI E.

L'angiographie sélective du tronc coeliasque et de l'artère mésentérique supérieure dans le diagnostic du kyste hydatique du foie et de la rate .- J. Radio.Electrol., Octobre 1967, 43 N° 10, 564-572, 15 Fig .

57°) LE MERCIER J., LEBEUQUIN V., FERRAND P., et FORAY J.

Localisations peu fréquentes du kyste hydatique .- Considérations sur le diagnostic et le traitement (à partir de 12 cas) . E.M. Soc.Chir. Paris, Octob. 1965, 55, N° 7, 266-275.

58°) LO GIUDICE P.-

L'échinococcose de la rate . Minerva méd., 12 Mai 1965, 46, N° 38, 1358-1360 (Bibliogr.) .

59°) LOPEZ NEIRA C.R.

Echinococcosis en Espagne, 1944 .

60°) LOPEZ PORRUA J.M.

Kyste hydatique de la rate .- Rev.Clin. espan. 31 Janv.1961, 80, N° 2, 84-91, 7 fig (Bibliogr.)(résumé français) .

61°) LORENTE L., ARCOBA V., FONTES F. et CASALDO M.J.

Hydatidose à localisation splénique. Rev. Clin.Espan. 31 Oct. 1957, 67, N° 2, 120-121 .

62°) DUCA C. (de)

Observations sur 7 cas de kystes échinococciques de la rate . Minerva chir., 28 Févr. 1958 N° 4, 201-212 fig. 4 Tabl. (Bibliogr.) .

63°) MAC CLURE R.D. et ALTEMEYER W.A.-

Ann. Surg. 1942, 116, I.

64°) MACCONI G. et LOSAPIC G.M.

Les kystes hydatiques de la rate .-
Minerva chir. 15 déc. 1962, 17, N° 23
1174-1180, 5 Fig. (Bibliogr.) .

65°) MACRIS

Sur un cas de rupture d'un kyste hydatique
de la rate .- Acad. Chirg ., 1955, 377,
81, N° 12 - 13 (Bibliogr.) .

66°) MALLET GUY P. et MARLIN P.

Kyste hydatique de la rate . Splénectomie.
Lyon chir., Mars - Av. 1945, 40, N° 2
224 - 230, 3 Fig .

67°) MARFISI A. et BRESCHI F.

Hydatidose splénique .- Minerva chir.
15 août 1960, 15, N° 15, 6779-786
6 fig 2 Tabl. (Bibliogr.) .

68°) MAUNY CL.

A propos de six cas de kystes hydatiques
de la rate . Thèse Paris 1967, N° 1020
42 Pages .

69°) MIRIZZI

La splénectomie dans le kyste hydatique
de la rate . Mém. Acad. Chir., 27
Oct. 3 Nov. 1954, 80, N° 27-28, 759-760 .

70°) MORA LOPEZ J.

Kyste hydatique primitif de la rate - Rapport
d'un cas .- Maroc m.d., mai 1959, 38, .
N° 408, 706-714 (Bibliogr.) résumé franc .

71°) MORA LOPEZ J.

Kyste hydatique de la rate . Rev.
Clin. Espann, 30 Juin 1958 69,
N° 6, 364, 372 (Bibliogr.)
(résumé franç) .

72°) MOREL C.J.L.

Kystes hydatiques de la rate -
Thèse Euenos-Aires, 1941, N°
5520, 186, 131 fig.

73°) MOSCHOUTIS N. et GERAKIS N.

Sur un cas de splénomégalie fébrile
difficile à diagnostiquer (kyste
hydatique) - Sem. Hôp. Paris 12 Av.
1959, 35, N° 17, 1298-1300 .

74°) MCZC M.R. et SANZ S.F.

Hydatidose splénique - Rev. Clin.
Espan. 31 Juil. 1958, 70, N° 2
67-72 (Bibliogr.) .

75°) MURC J. ORTIZ VAZQUEZ J. MINO G. et SANMARTIN P.

Mise en évidence du kyste hydatique
de la rate par l'angiographie - Rev.
Clin, espan. 15 Déc. 1969, 115,
N° 5, 433-438, 8 Fig. (Bibliogr.) .

76°) PANTIN J.P. et CATALANO H.

Confrontations anatomiques et
radiologiques dans le kyste hydatique
de la rate . frique Franç. Chir.,
Janv. Fév. 1958, 16, N° 1, 65-67,
2 Fig .

77°) PARINI A.

Rif . Med. 1934, 44 .

78°) PIETRI H.

L'hydatidose splénique associée .
Cahiers méd. Lyon, 20 Av. 1967,
43, N° 11, 1011 - 1012 .

79°) POPUGAIEV V.I.

Echinococcose splénique . Kinitcheskaia
méd. (Moscou 1963) 41, N° 1, 134-137
(Bibliogr.) .

80°) COUPEE C., LE TREUT A. JECA J. et GEINDRE M.

Sur un cas d'hydatidose splénique .
J. Radiol. Electrol., nov. 1964, 45
N° 11, 719 .

81°) PSATHAKIS N.

A propos du kyste hydatique à propos
d'un cas de gros kyste hydatique solitaire
de la rate . Chirurg. Janv. 1963., N° 34
N° 1, 38-40 (Bibliogr.) .

82°) RAUBER G. TREHEUX A. (Mme) DUPREZ A., GUIBAL F.
et AEMEREIN Mme .

Hydatidose splénohépatique . A propos
d'un cas .- Ann. Méd. Nancy déc. 1966,
5 - 983-988, 5 Fig. (Bibliogr.) .

83°) RAYNAUD R. - ZERMATI M. et CLAUDE R.

Kyste hydatique de la rate et polyglobulie
Algérie m. d. mars 1948, N° 3, 178-180
(Bibliogr.) .

84°) RICCI G.C.

Considérations critiques sur quelques
cas de kystes échinococciques à localisation
splénique et parasplénique .- Minerva
méd., 10 Déc. 1951, 2 N° 90, 1242-1248
(Bibliogr.) .

86°) ROBERT P.

Complications des kystes hydatiques de la rate et de leur traitement . Thèse Bordeaux, 1938-1939, N° 60, 52 p.

87°) ROEY J.-

Kystes hydatique de la rate . de 6 Kg 950.- Maroc m'éd., Mai 1954 33, N° 348, 537-538 (Bibliogr.) .

88°) ROMERO M.Z.

Kystes hydatique de la rate. Rev. Clin. esp'n., 31 Janv. 1952, 44, N° 2, 77-86, 3 Fig .

89°) SABADINI .

Etude anatomo-Clinique et thérapeutique des kystes hydatiques de la rate . J. Chir., 1935, 534 .

90°) SARTAN W.A. et NIKIFOROVA E.I.

Calcification d'un kyste échinococcique de la rate . Khirourguia (Moscou), 1958, N° 9, 103-104, 1 Fig.

91°) SCHULTER H.D. et JUNEMANN A.

Kyste hydatique de la rate . Zbl. Chir. 19 av . 1969, 94, N° 16, (546-551) .

92°) SENENKO A.N. GUSEV.V.P. KRYNSKY G.M. et TYURIN E.I.

La Spénoportographie dans le diagnostic de l'échinococcose de la rate .- Klinitcheskaja (Moscou), 1965, 43, N° 2 72-73 (résumé anglais) .

93°) SERINGUE Ph., PLAINFOSSE B. et ALLANEAU Cl.

Kyste hydatique de la rate biologiquement muet chez une adolescente .- Arch. franc. Péd., Juin - Juil. 1968, 25, N° 6, 723

- 94°) SERVIENTI J.A., ROMAY E.J.S., LEZAMA J.L.S.
et JAIME R.

Kyste hydatique primitif de la rate .-
Prensa méd. Argent., 12 Janv. 1962,
49, N° 2, 117-120, 7 Fig. (Bibliogr.) .

- 95°) SHAROV E.K.

Sur le diagnostic radiologique de
l'echinococcose de la rate .- Vestnik
Radiol., 1964, N° 3, 67-68 .

- 96°) SIROTT .

Aspect modernes de la chirurgie des
kystes hydatiques de la rate. Afr.
Franç. Chir., Oct. Nov. Déc. 1951 .

- 97°) SIROTT .

Kyste hydatique de la rate rompu dans
l'angle colique gauche. Soc. Chir.,
Alger, Juil. 1952, 12 .

- 98°) SIROTT L. et PLANE .

Kyste hydatique de la rate rompu dans
l'angle colique gauche. Spl. nectomie .
COLECTOMIE.- Afrique Franç. Chir.
1952, N° 3/4, 135/136 .

- 99°) SOLDEVILLA RODRIGUEZ V.

Un cas de kyste hydatique de la rate tant
primitif que calcifié .- Bol. Inst. Pat.
méd., févr. 1954, 9, N° 2-31-34
(Bibliogr.) .

- 100°) SOLER-BECHARA J. et SCIALA J.L.

Kyste échinococcique (hydatide) calcifié
de la rate .- J.A.M.A., 4 Janv. 1964
187, N° 1, 62-63 (Bibliogr.) .

101°) SONZINI ASTUDILLO C.P.

Grand kyste hydatique de la rate
occluant par compression la voie
biliaire principale, Pensa méd.
argent 6 Sept. 1957, 44, N° 36,
2780-2782 (résumé franç.) .

102°) TELKOV N.A.

Echinococcose uniloculaire polykystique
récidivant du foie de la rate et de la
cavité abdominale. Chirurgia
(Moscou) 1969, N° 8, 120-123
(Bibliogr.) .

103°) THODET J. et EUTORI PL.

Echinococcose .(Encycl. Med. Chir.
Mal. inf. 8. 107 .ALO, 10-1951) .

104°) VINCI A.

Kyste hydatique de la rate.-
Policlinico (Sez. prat.) 8 Juin 1959
66 N° 23 , 800-801, 2 Fig. (Bibliogr.)
(résumé franç.) .

105°) ZANNINI G.

Echinococcose de la rate en tant
qu'indication de la splénectomie .
Policlinico (sez. prat.), 7 Nov. 1949
56, N° 45 1352-1357, 3 fig.
(Bibliogr.) .

106°) ZARAPICS M.

Rev. Clin. esp. 1952, 44, 77 .

107°) ZAVALATA D.E.

Kyste hydatique de la rate.- Prensa
Med. argent., av. 1945, 32, N° 16,
713 .

